

Nuria Val Jiménez

Eficacia de técnicas anti-estrés
basadas en Mindfulness,
Programación Neurolingüística e
Hipnosis Clínica en
pacientes diagnosticados de
cáncer de mama en tratamiento
oncológico adyuvante

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Olivera Pueyo, Francisco Javier
Ibáñez Carreras, Reyes

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

EFICACIA DE TÉCNICAS ANTI-
ESTRÉS BASADAS EN
MINDFULNESS, PROGRAMACIÓN
NEUROLINGÜÍSTICA E HIPNOSIS
CLÍNICA EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE
CÁNCER DE MAMA EN
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
ADYUVANTE

Autor

Nuria Val Jiménez

Director/es

Olivera Pueyo, Francisco Javier

Ibáñez Carreras, Reyes

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2016



Universidad Zaragoza

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

TESIS DOCTORAL

**Eficacia de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness,
Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica en
pacientes diagnosticados de cáncer de mama en tratamiento
oncológico adyuvante.**

Doctoranda:

Nuria Val Jiménez

Directores:

Dr. Javier Olivera Pueyo

Dra. Reyes Ibáñez Carreras

Zaragoza, 2015

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

TESIS DOCTORAL

**Eficacia de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness, Programación
Neurolingüística e Hipnosis Clínica en pacientes diagnosticados de
cáncer de mama en tratamiento oncológico adyuvante.**

Doctoranda:

Nuria Val Jiménez

Directores:

Dr. Javier Olivera Pueyo

Dra. Reyes Ibáñez Carreras

D^a. Reyes Ibáñez Carreras, Doctora en Medicina, especialista en Radioterapia, con ejercicio profesional en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, y Profesora Asociada del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza,

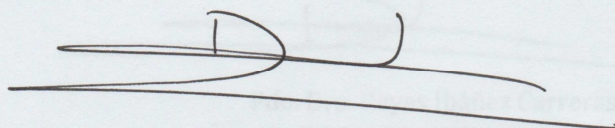
Certifica que:

Ha dirigido el trabajo de investigación que se expone en la memoria titulada:
"EFICACIA DE LAS TÉCNICAS ANTI-ESTRÉS BASADAS EN MINDFULNESS, PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA E HIPNOSIS CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ADYUVANTE", que ha realizado D^a Nuria Val Jiménez dentro de los Programas de Doctorado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Dicho estudio se ha desarrollado siguiendo el método científico de investigación más adecuado, tras una extensa revisión bibliográfica, resultando las conclusiones que se desprenden del mismo muy relevantes para el tema del estudio.

Por lo tanto se considera que dicho trabajo de investigación es adecuado para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que en su día sea designado.

Y para que así conste, en Zaragoza a 3 de noviembre de 2015



Fdo. Dra. Reyes Ibáñez Carreras
Hospital Miguel Servet de Zaragoza
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología
Universidad de Zaragoza



Universidad
Zaragoza



D. F. Javier Olivera Pueyo, Doctor en Medicina, Médico Especialista en Psiquiatría y Medicina de Familia, con ejercicio profesional en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca, y Profesor Asociado del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza,

Certifica que:

Ha dirigido el trabajo de investigación que se expone en la memoria titulada: **“EFICACIA DE LAS TÉCNICAS ANTI-ESTRÉS BASADAS EN MINDFULNESS, PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA E HIPNOSIS CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ADYUVANTE”**, que ha realizado **D^a Nuria Val Jiménez** dentro de los Programas de Doctorado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Dicho estudio de investigación se ha desarrollado siguiendo el método científico de investigación más adecuado, tras una extensa revisión bibliográfica, resultando las conclusiones que se desprenden del mismo muy relevantes para el tema de estudio.

Por lo tanto se considera que dicho trabajo de investigación es adecuado para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que en su día sea designado.

Y para que así conste, en Huesca a 30 de octubre de 2015

Fdo. Dr. F. Javier Olivera Pueyo
Hospital San Jorge de Huesca
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología
Universidad de Zaragoza

“En el principio era el verbo...”

(Juan 1:1.13)

**A todos mis maestros y pacientes,
por enseñarme, inspirarme y confiar en mí.**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a toda mi familia. A Raúl por su infinita paciencia, ayuda y amor. A mi hijo Jaime por ser como es, un consejero espontáneo y sincero. A mis padres por enseñarme desde muy pequeña a creer en mi, en mi objetivo y en mi esfuerzo. A mi hermana Marta que a tiempo me animó a dejar guiar mis estudios por mi corazón. A mi hermano Manuel que siempre confió en mis decisiones.

Gracias a todos mis profesores y tutores: en especial al Dr. Lobo y a su equipo de ZARADEMP, siempre recordaré la experiencia de investigadora de campo siendo estudiante de Medicina como mi primer gran contacto real de comunicación con los pacientes. A la Dra. Ana Martínez Calvo, rotar con ella como residente en Psicosomática del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza me abrió la mente por primera vez a profundizar en los diferentes niveles de la comunicación. Al Dr. Javier García Campayo, psiquiatra e investigador, del que aprendí en mi doctorado los fundamentos de un proyecto de investigación, gracias por ser pionero e impulsor del Mindfulness en Aragón y en España. A la Dra. Natividad Bascón que me sugirió la idea de trabajar en el campo oncológico con mis técnicas de integración cuerpo-mente-emoción. A Horacio Ruiz, gran maestro de la Hipnosis y amigo, escucharlo, verlo y sentirlo trabajar es toda una fuente de inspiración.

Gracias a la vida por brindarme la oportunidad de trabajar como médico de familia en Inglaterra. Aprendí el inglés clave para mi crecimiento y formación posterior. Pero quizás lo más importante para mi fue descubrir de forma innata y por necesidad, a entender eficazmente el lenguaje no verbal y a comprobar el poder de repetir y de re-encuadrar la información.

Allí tuve la oportunidad de formarme durante años en el London College of Clinical Hypnosis donde estude Hipnosis Clínica, REBT Terapia cognitiva-emocional, PNL Programación Neurolingüística y otras terapias de tercera generación afines. Gracias a todos sus profesores. En especial gracias a Avy Joseph maestro de la terapia cognitivo conductual bajo hipnosis y a Sjanie Hugo. Gracias a Lynda Hudson, brillante profesora y a su magnífico audio *"Breast cancer, your support through chemotherapy"* que inspiró mi intervención anti-estrés.

Gracias a Melissa Tiers y a su curso “Anti-anxiety tool kit” que amablemente revisó y corrigió mi intervención traducida al inglés por videoconferencia. Gracias a Ron Siegel, experto mundial en Mindfulness y gran profesor para terapeutas y a Chris Matson brillante comunicador y maestro de la PNL, (Programación Neuro-lingüística).

Gracias al departamento de Oncología Radioterápica por cederme su espacio para mi estudio. Y especialmente a Guadalupe Molina, residente del departamento de Oncología Radioterápica y a Miriam Aznar, enfermera del servicio por su ayuda en este estudio.

Gracias a la Unidad Docente de Huesca, al Dr. Mariano Rodríguez, al Dr. Teo Lorente y a Alberto Centelles por su ayuda en la metodología y en el análisis de datos.

Y muy en especial, gracias a mis directores de tesis, a la Dra. Reyes Ibáñez y al Dr. Javier Olivera.

Ambos grandes profesionales y clínicos, empáticos con sus pacientes y maestros de la comunicación dentro y fuera de la consulta.

Gracias Reyes sin tu tiempo, tus pacientes y tu generosidad, este proyecto no hubiese sido posible.

Gracias Javier sin tu guía, ánimo y confianza en mi, incluso antes de conocerme, este proyecto ni siquiera hubiese comenzado.

Ha sido un placer aprender y trabajar con vosotros.

Gracias a Paz y a todos mis pacientes.

Y sobre todo y muy especialmente **gracias a todas vosotras**, que participasteis amablemente en este proyecto de investigación.

¡Fue maravilloso compartir vuestra fuerza!

Mil gracias.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	25
2. INTRODUCCIÓN.....	29
2.1. El cáncer de mama.	
2.1.1. Introducción y estado actual del tema.	
2.1.2. Definición y diagnóstico.	
2.1.3. Evaluación y tratamiento.	
2.2. Impacto psico-social-emocional del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.	
2.2.1. Calidad de vida.	
2.2.2. Impacto emocional: estrés, ansiedad y depresión.	
2.2.3. Impacto social y familiar.	
2.2.4. Intervenciones psico-sociales.	
2.3. Introducción a las técnicas anti-estrés de tercera generación e integración.	
2.3.1. Mindfulness.	
2.3.2. Programación neurolingüística. PNL.	
2.3.3. Hipnosis Clínica. Auto-hipnosis.	
2.3.4. Similitudes y diferencias.	

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	83
3.1. Hipótesis de investigación.	
3.2. Objetivo general.	
3.3. Objetivos específicos.	
4. PACIENTES Y METODOLOGÍA.....	87
4.1. Pacientes.	
4.1.1. Descripción de la muestra.	
4.1.2. Selección de la muestra.	
4.2. Instrumentos de medida.	
4.2.1. Cuestionarios sociodemográficos y entrevista principal.	
4.2.2 Cuestionarios de ansiedad-depresión.	
4.2.2.1 EADG: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.	
4.2.2.2 HAD: Hospital Ansiedad- Depresión.	
4.2.3.Cuestionarios de impacto en la calidad de vida.	
4.2.3.1 Láminas COOP-WONCA.	
4.2.3.2 IBP. Índice de Bienestar.	
4.2.4. Otros cuestionarios.	
4.2.4.1 MEC: Mini examen cognoscitivo.	
4.2.4.2 Escala Likert. Satisfacción.	
4.3. Procedimiento.	
4.3.1. Diseño.	
4.3.2. Tipo de variables.	
4.2.2.1 Variables sociodemográficas.	
4.2.2.2 Variable independiente. Intervención.	
4.2.2.3 Variables dependientes.	

- 4.3.3. Fase de evaluación (pre-test).
- 4.3.4. Fase de aplicación (protocolo de intervención).
- 4.3.5. Fase de evaluación (post test).

5. RESULTADOS.....103

5.1. Algoritmo resumen de participantes.

5.2. Características descriptivas de la muestra conjunta.

- 5.2.1. Análisis demográfico de la muestra global.
- 5.2.2. Diferencias demográficas entre el grupo intervención y el grupo control al inicio del estudio.
- 5.2.3. Estado basal de ansiedad y depresión en la muestra global.
 - 5.2.3.1 Pacientes diagnosticados previo al inicio del estudio.
 - 5.2.3.2 Pacientes tratados previo al inicio del estudio.
- 5.2.4. Estado basal de calidad de vida en la muestra global.
- 5.2.5. Diferencias en el estado basal de ansiedad, depresión y calidad de vida entre el grupo intervención y el grupo control al inicio del estudio.

5.3. Evaluación de las diferencias de las mediciones pre-test y post- test en el grupo intervención.

- 5.3.1. Ansiedad.
- 5.3.2. Depresión.
- 5.3.3. Calidad de vida.

5.4. Evaluación de las diferencias de las mediciones pre-test y post- test en grupo intervención y el grupo control.

- 5.4.1. Ansiedad.
- 5.4.2. Depresión.
- 5.4.3. Calidad de vida.

5.5. Análisis multivariante.	
5.5.1. Ansiedad.	
5.5.2. Depresión.	
5.5.3. Calidad de vida.	
5.6. Análisis de satisfacción.	
6. DISCUSIÓN. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	137
6.1. Resultados.	
6.2. Método.	
6.3. Aspectos Positivos.	
6.4. Limitaciones.	
6.5. Futuras investigaciones.	
7. CONCLUSIONES.....	165
8. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	171
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	177

10. ANEXOS.....195

10.1. Anexos. Metodología.

- 10.1.1. Anexo 1. Datos demográficos.
- 10.1.2. Anexo 2. Hoja de información y consejos.
- 10.1.3. Anexo 3. Hoja de consentimiento informado.
- 10.1.4. Escalas de medición.
 - 10.1.4.1 Anexo 4. EADG. Escala ansiedad y depresión Goldberg.
 - 10.1.4.2 Anexo 5. HAD. Hospital Ansiedad- Depresión.
 - 10.1.4.3 Anexo 6. IBP. Índice de Bienestar.
 - 10.1.4.4 Anexo 7. Láminas COOP-WONCA.
 - 10.1.4.5 Anexo 8. MEC. Mini examen cognoscitivo.
 - 10.1.4.6 Anexo 9. Likert. Satisfacción.

10.2. Anexos. Intervención.

- 10.2.1. Anexo 10. Protocolo de la terapia anti-estrés.
- 10.2.2. Anexo 11. Audios.
 - 10.2.2.1 Primer audio: Información sobre las técnicas anti-estrés.
 - 10.2.2.2 Segundo audio: Audio de refuerzo para el paciente en su casa.

1. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es la primera causa de morbilidad oncológica entre las mujeres. Su incidencia es excepcional entre los varones. El cáncer de mama es la neoplasia que mayor efecto psicosocial tiene entre las pacientes. La tasa de incidencia del cáncer de mama es de un 67 por cada 100.000 y de una mortalidad de 16 por cada 100.000. El sufrimiento psicosocial abarca desde un ajuste adaptativo acompañado de sentimientos congruentes como vulnerabilidad, tristeza y miedos hasta trastornos mentales definidos que interfieren con la vida diaria de los pacientes como son los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. El trastorno de adaptación es el trastorno mental más frecuente en el entorno oncológico. La prevalencia del sufrimiento significativo en pacientes con cáncer ronda el 40%⁽¹⁾. La ansiedad en relación con el cáncer se detecta principalmente en cuatro momentos determinados de la evolución de la enfermedad que son la detección, el diagnóstico, el tratamiento y las recaídas. Numerosos estudios demuestran que la ansiedad aumenta la expectativa de dolor, perturba el sueño, y disminuye la calidad de vida de los pacientes oncológicos y de sus familias^(2,3). Hay numerosas investigaciones que respaldan la eficacia de las intervenciones psicosociales para pacientes adultos con cáncer⁽⁴⁾.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

De forma que tras la revisión bibliográfica expuesta, se llegó a la conclusión de que sería interesante comprobar la eficacia de una intervención anti-estrés y de gestión emocional en los pacientes diagnosticados de cáncer de mama a la espera de tratamiento adyuvante, considerando las siguientes razones:

1. El cáncer de mama es la primera causa de morbilidad oncológica en mujeres y su incidencia es elevada.
2. La prevalencia de sufrimiento significativo en pacientes con cáncer es mayor del 40%.
3. Hay numerosos estudios que respaldan la eficacia de intervenciones psicosociales en pacientes adultos con cáncer.
4. Numerosos estudios demuestran que la ansiedad disminuye la calidad de vida de los pacientes.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. El cáncer de mama.

2.1.1. Introducción y estado actual del tema.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna mas frecuente en la mujer y la más diagnosticada. Supone el 18.2% de las muertes por cáncer en el sexo femenino y es la primera causa de muerte en mujeres de entre 40 y 55 años.

La gran mayoría de los pacientes diagnosticados “de novo” de cáncer de mama no se encuentran en un estadio avanzado.

Sabemos que una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida. La supervivencia media en Europa es del 93% al primer año y del 73% a los cinco años.

Existen variaciones en **la incidencia**⁽⁵⁾ del cáncer de mama en el mundo, siendo mayor en países como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Norte de Europa, de una incidencia intermedia en los países del Sur de América, del Caribe, de Europa del Este y del Sur de Europa y de baja incidencia en los países de Asia, África y Japón. Sin embargo la evidencia parece demostrar que el desarrollo del cáncer no se debe sólo a una predisposición genética, ya que se ha observado por ejemplo como en las segundas generaciones de inmigrantes japoneses en Estados Unidos comparten parecidas tasas de incidencia de cáncer de mama que los estadounidenses, por tanto es muy probable que existan factores ambientales y de estilo de vida influyentes en el desarrollo de esta patología.

En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65 años.

2.1.2. El cáncer de mama: Definición y diagnóstico.

El término "cáncer de mama" hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. Generalmente se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama.

Los **factores de riesgo** más importantes para esta neoplasia son el sexo femenino y la edad. Otros factores de riesgo asociados conocidos son:

- La historia familiar, aproximadamente el 8% de todos los cánceres de mama son hereditarios.

La mitad de los casos se atribuyen a la mutación de dos genes de susceptibilidad del cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Este cáncer de mama hereditario se presenta con más frecuencia en mujeres premenopáusicas y de manera preferentemente bilateral.

- Los antecedentes personales de hiperplasia atípica, carcinoma in situ y carcinoma de endometrio también son considerados factores de riesgo.
- Se está estudiando la posibilidad de una posible asociación con circunstancias como: la exposición química, la radio exposición, el consumo elevado de alcohol y de grasas, así como la obesidad y la inactividad física.
- El riesgo de cáncer de mama está asociado a un mayor estímulo estrogénico por lo que una menarquia temprana, una menopausia tardía, la nuliparidad y el uso de combinaciones de estrógenos y progestágenos durante más de cinco años también se pueden considerar factores de riesgo predisponentes.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama.

Factores de Riesgo establecidos
Edad
Factores de riesgo ginecológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Edad de la menarquia • Nº de embarazos • Problemas de fertilidad: (ciclos de estimulación ovárica) • Edad al primer parto • Edad de la menopausia (quirúrgica o no)
Factores hormonales exógenos asociados: <ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción oral (comienzo, duración) • Tratamiento hormonal sustitutivo (tipo, comienzo, duración)
Patología mamaria previa: <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama previo (edad, tipo, tratamiento) • Nº de PAAF previas • Biopsia: hiperplasia atípica, carcinoma lobular in situ
Otros factores relevantes: <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia torácica en menores de 30 años • Obesidad post menopausia • Aumento en la densidad de la mamografía • Aumento de la ingesta de alcohol
Factores de riesgo posibles
Dieta rica en grasas
Dieta baja en verduras y fruta
Sedentarismo
Tabaquismo
No lactancia
Esterilización tubárica
Toxinas ambientales: contaminación, organofosforados...

Los **síntomas y signos** más frecuentes que desencadenan el estudio y el diagnóstico de cáncer de mama son: una masa palpable o un engrosamiento unilateral, la secreción por el pezón sobre todo si es unilateral o se acompaña de secreción hemática, y otras alteraciones del pezón como la enfermedad de Paget del pezón o la retracción del mismo.

El **diagnóstico** del cáncer de mama ha aumentado en los últimos años gracias en parte a la puesta en marcha de programas de cribado bianuales con mamografía para mujeres de entre 50 y 69 años. Los estudios demuestran que reducen el riesgo de muerte por cáncer de mama⁽⁶⁾.

Aunque para las mujeres de entre 40 y 49 años, no hay suficientes estudios concluyentes sobre la conveniencia y eficiencia de la mamografía como método de cribado, existe un acuerdo generalizado para realizar mamografía anual a las mujeres de riesgo mayores de 40 años. En el caso de riesgo genético documentado se recomienda la mamografía anual a partir de los 25 años.

En la mamografía podemos observar signos sospechosos de malignidad como son: las lesiones espiculadas con aumento de la densidad, las lesiones con bordes mal definidos, las microcalcificaciones y la distorsión de la estructura de la mama.

Por otro lado, la ecografía es útil para diferenciar lesiones sólidas de lesiones quísticas y para detectar adenopatías axilares, así como para el estudio de masas palpables no visibles en la mamografías de mujeres menores de 35 años con mamas densas.

La RNM o resonancia magnética se utiliza en mujeres portadoras de prótesis mamarias y en mujeres con mutaciones genéticas del BRCA1/2.

Los procedimientos de confirmación patológica de lesiones sospechosas de cáncer de mama son la PAAF (punción aspiración con aguja fina) , la BAG (core biopsia) y la biopsia escisional.

El cáncer de mama es una enfermedad potencialmente sistémica. Las lesiones metastásicas se localizan con más frecuencia en hueso, tejidos blandos, hígado y pulmón.

El estudio de extensión se realiza con la radiografía de tórax, el hemograma, la función hepática, renal y la fosfatasa alcalina. No está establecido el uso de gammagrafía ósea en los primeros estadios de la enfermedad. El estudio se puede completar con un TAC y con marcadores tumorales como por ejemplo el Ca27.29.

2.1.3. El cáncer de mama. Evaluación y tratamiento.

El cáncer de mama es tratado en la actualidad de una forma multidisciplinar, tratamiento que abarca desde la cirugía, a la radioterapia, la quimioterapia, al tratamiento médico y al tratamiento hormonal. Esta forma de tratamiento multidisciplinar se ha asociado a una disminución en la tasa de mortalidad del cáncer de mama⁽⁷⁾.

El tratamiento va a depender del estadio de presentación de la enfermedad. La herramienta de clasificación que se usa con mayor frecuencia es el sistema TNM. TNM es la abreviatura en inglés de tumor (T), ganglio (N) y metástasis (M).

Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada paciente.

Existen dos tipos de determinación del estadio en el TNM, uno clínico basado en los resultados de las pruebas de extensión previo a la cirugía y otro estadio patológico dependiendo de los resultados de la anatomía patológica del tejido mamario y ganglio linfático extirpado durante la cirugía. En general se otorga más importancia al estadio patológico que al estadio clínico. Los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo, arriba y debajo de las clavículas y del esternón se denominan ganglios linfáticos regionales. Los ganglios linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo se denominan ganglios linfáticos distales. De forma que si se evalúan los ganglios linfáticos en base al estadio clínico se coloca una “c” delante de N y si se estadía después de la cirugía con el resultado de la anatomía patológica, se coloca una “p” delante de la N.

Posteriormente se asigna el estadio del cáncer combinando las clasificaciones T,N y M, dividiendo a los pacientes en: enfermedad precoz⁽⁸⁾, los que se encuentren en los estadios I, IIA y algunos IIB (T2N1) y en enfermedad localmente avanzada, aquellos que se encuentran en IIB (T3N0) y en los estadios de IIIA a IIIC.

Tabla 2. Estratificación del cáncer de mama. TNM.

Tumor (T)	
Tx	No se puede evaluar tumor primario
To	No hay evidencia de cáncer de mama
Tis	Carcinoma in situ
Tis (DCIS)	Carcinoma ductal in situ
Tis (LCIS)	Carcinoma lobular in situ
Tis (Paget)	Enfermedad de Paget del pezón
T1	<20mm
T1	(1mm a 5mm)
T1b	(>5mm a 10mm)
T1c	(>10mm a 20mm)
T2	(>20mm a 50mm)
T3	(>50mm)
T4	
T4a	Afecta pared torácica
T4b	Afecta piel
T4c	Afecta pared torácica y piel
T4d	Cáncer inflamatorio de la mama
Ganglio (N)	
Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos
N0	No se encontró presencia de cáncer
N0(i+)	(<0,2mm o <200células en ganglios axilares)
N1 mic	(>0,2mm a 2mm)
N1	(1 a 3 ganglios axilares)
N2	
N2a	(de 4 a 9 ganglios axilares)
N2b	(ganglios mamarios internos)
N3	
N3a	(≥ 10 ganglios axilares)
N3b	(ganglios mamarios internos y axilares)
N3c	(ganglios linfáticos supraclaviculares)
Metástasis a distancia (M)	
Mx	No se puede evaluar
M0	No metástasis
M0(i+)	No hay evidencia pero <0,2mm en M.O/ganglio
M1	Hay evidencia de metástasis

Tabla 3. Estratificación del cáncer de mama. Estadios.

0	Cáncer no invasivo (Tis, N0, M0)
IA	(T1,N0,M0)
IB	(T0 o T1, N1mic, M0)
IIA	(T0, N1, M0) (T1, N1, M0) (T2, N0, M0)
IIB	(T2, N1, M0) (T3, N0, M0)
IIIA	(T0, T1, T2, T3, N2, M0) (T3, N1, M0)
IIIB	(T4, N0, N1 o N2, M0)
IIIC	(T, N3, M0)
IV	(T, N, M1)
Recurrente	Neoplasia tras el tratamiento

En general los pacientes con enfermedad precoz que son los estadios I, IIA y algunos IIB (T2N1), reciben primero cirugía, ya sea lumpectomía o mastectomía del pecho afectado seguido de radioterapia.

Al conjunto de tratamiento quirúrgico conservador y radioterápico se le llama “breast-conserving therapy” o terapia conservadora.

La radioterapia post-cirugía tiene como papel fundamental disminuir el riesgo local de recurrencia.

El post-tratamiento adyuvante depende de las características particulares del cáncer primario tales como: el tamaño, la anatomía patológica, los ganglios linfáticos afectados, si contiene o no receptores hormonales de estrógenos o progesterona, y si expresan o no el receptor HER2 que es el factor humano de crecimiento epidermal.

La evaluación de los ganglios regionales depende de si se sospecha de la afectación de los ganglios axilares previamente a la intervención quirúrgica. En el caso de que existiesen adenopatías sospechosas, se practicaría sobre ellas una PAAF previa a la cirugía para proceder al vaciamiento axilar en el mismo tiempo quirúrgico.

El **protocolo o plan terapéutico** es un conjunto de normas y pautas establecidas en base a la experiencia científica y dependen de los siguientes factores: edad del paciente, estado general, estado hormonal: (pre-menopausia, menopausia), localización del tumor, fase o estadio: (TNM), receptores hormonales del tumor, grado de las células, positividad para algunos factores biológicos, por ejemplo HER2.

Los pacientes con tumores HER negativo y de tamaño menor a 0,5 centímetros, rara vez precisan quimioterapia, y será suficiente con terapia conservadora, cirugía y radioterapia.

Tabla 4. Esquema de tipos de tratamientos multidisciplinar en el cáncer de mama.

Tipos de tratamiento	
Local	Cirugía, Radioterapia
Sistémico	Quimioterapia, Hormonoterapia
Adyuvante	T. local o sistémico tras el primer tratamiento Profiláctico. Radioterapia, Quimioterapia, Hormonal
Coadyuvante	T. sistémico prior T. Local para reducir el tumor pre-cirugía

La mayoría de los cánceres de mama que recurren, lo harán en los próximos cinco años post-tratamiento, y sobre todo aquellos que son receptores hormonales negativos.

2.2. El cáncer de mama: Aspectos psico-sociales-emocionales: Impacto del diagnóstico y tratamiento.

La incidencia del cáncer de mama aumenta principalmente en los países desarrollados, donde se diagnostica más de la mitad de los casos al año⁽⁹⁾.

Existen numerosos estudios científicos sobre el impacto de esta enfermedad a nivel psicosocial⁽¹⁰⁾. Los estudios sobre calidad de vida indican que al menos uno de cada cinco pacientes con cáncer de mama sufren de problemas emocionales.

2.2.1. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Este concepto hace referencia tanto al estado funcional como al estado de salud y calidad de vida relacionado con la salud ⁽¹¹⁾.

La mayoría de los expertos definen la calidad de vida como una estructura multidimensional constituida por una serie de factores:

- **Estado y funcionamiento a nivel físico.** Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- **Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento.** Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.
- **Funcionamiento psicológico.** Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.
- **Funcionamiento social.** Alteraciones en la actividad social habitual.

A estos factores se suelen añadir otros factores como pueden ser los relativos al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual o a la imagen corporal percibida, así como los referidos a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos.

Tabla 5. Esquema multifactorial de la calidad de vida.

Calidad de vida			
Factores mentales	Factores sociales	Factores físicos	Síntomas, iatrogenia
Ansiedad	Familia	Movilidad	Dolor
Depresión	Trabajo	Fatiga	Náuseas
Bienestar	Amigos	Autocuidado	Anorexia

Según las recomendaciones de los investigadores en este campo⁽¹²⁾ para medir la calidad de vida en los pacientes con cáncer se deberían utilizar cuestionarios que cumplan las siguientes características⁽¹³⁾:

- Breves y fáciles de entender y responder para que sean bien aceptados por los pacientes. Con un máximo de cincuenta ítems coloquiales, de respuesta ordinal para poder contestar fácilmente sin asistencia y en un corto período de tiempo.
- Auto-cumplimentados por el paciente para evitar subestimaciones de la calidad de vida cuando los cuestionarios son rellenados por los profesionales.
- Multidimensionales, incluyendo subescalas que midan aspectos físicos, funcionales y psicosociales, pero a la vez aspectos específicos de cada cáncer.
- Con adecuadas propiedades psicométricas, evaluadas en una muestra amplia de pacientes con diferentes tipos de cáncer y estadios.
- Adaptados adecuadamente a la lengua y cultura de los sujetos en los que se va a utilizar.

2.2.2. Impacto emocional:

El sufrimiento emocional en Oncología puede variar desde un ajuste adaptativo considerado “normal” y acompañado de sentimientos congruentes como son la vulnerabilidad, la tristeza y los miedos hasta trastornos mentales definidos que interfieren en la vida diaria del paciente como pueden ser los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos.

El trastorno de adaptación es el trastorno mental más frecuente en el entorno oncológico.

El trastorno de adaptación se define como la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a una situación identificable que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del agente estresante y que no duran más de seis meses tras el inicio del mismo. Además debe cumplir que el malestar asociado sea mayor de lo esperable en respuesta al desencadenante y que produzca un deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica. Así como que no se deba a otro trastorno específico y no constituya una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

El diagnóstico del cáncer afecta a los pacientes y a su entorno familiar. La palabra cáncer puede traer “per se” temor e incertidumbre, lo que va a generar un proceso demandante de adaptación en el paciente y en la familia. Si este proceso falla se pueden crear múltiples problemas psicológicos y sociales.

La Psicooncología nace como subespecialidad dentro del campo oncológico para dar respuesta a pacientes y familiares en los diferentes estadios de la enfermedad y en su prevención, siendo su principal objetivo facilitar una mejor adaptación psicológica, social y conductual a la patología subyacente.

Estrés. Ansiedad. Depresión.

Al hablar del estrés se puede diferenciar entre dos tipos: el estrés agudo y el estrés crónico.

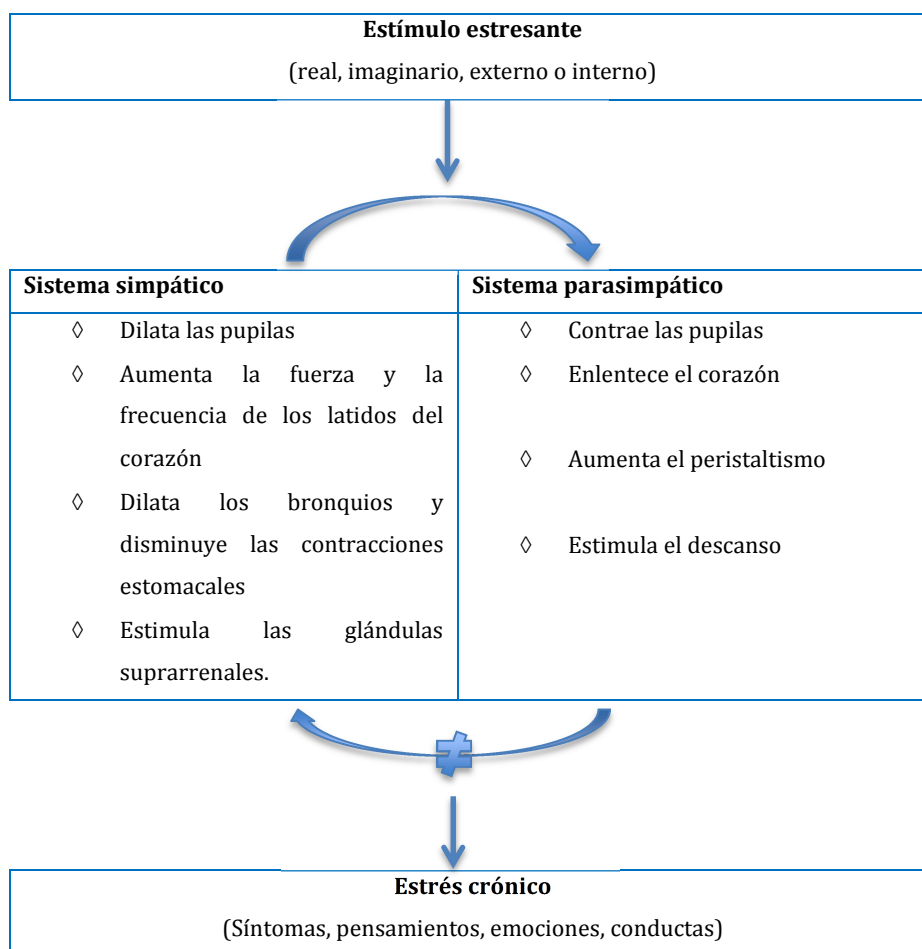
El estrés agudo es una respuesta biológica del cuerpo que prepara al organismo para reaccionar ante cualquier situación desencadenante que la mente cataloga como posible agresión ya sea física o psicológica. Ante la presencia de un estímulo estresante en el ambiente ya sea externo o interno, el organismo activa el ciclo del estrés, cuyo objetivo primordial es el de la supervivencia.

Esta reacción aguda de estrés presenta aspectos positivos por ejemplo facilita el proceso interno de la situación, ayuda a responder con rapidez a las demandas y estimula el aprendizaje. Además a nivel físico va a producir una activación del sistema simpático que prepara al organismo para luchar o huir.

En condiciones ideales y una vez que el estímulo estresante ha cesado, el ciclo del estrés está diseñado para cerrarse y volver a un estado de relajación inicial, donde va a predominar la acción del sistema parasimpático.

Sin embargo cuando esta respuesta de reacción fisiológica de adaptación a un desencadenante se vuelve crónica en el tiempo, bien sea porque el sistema simpático se dispara muy a menudo o bien porque no se activa el sistema parasimpático complementario para cerrar el ciclo, el estrés se transforma en estrés crónico.

Figura 6. El ciclo del estrés.



Es en este momento de estrés crónico cuando pueden aparecer síntomas de ansiedad, tanto los físicos controlados por el sistema simpático vegetativo como son: la tensión muscular, las palpitaciones, la respiración agitada..., como los mentales (obsesiones, cavilaciones...), emocionales (preocupación, ira, miedo...) y conductuales (evitación, huida...).

Por otra parte en el estrés crónico el estímulo desencadenante deja de tener un sentido de alarma o de protección⁽¹⁴⁾ y la respuesta activada puede aparecer o perpetuarse aún en ausencia de cualquier estímulo por ejemplo en una crisis de pánico.

El organismo bajo el estrés no sólo va a desencadenar reacciones físicas y químicas en el cuerpo sino que la mente va a disparar de forma subconsciente pensamientos, imágenes, sensaciones corporales y conductas automáticas

congruentes que perpetúan el ciclo. Este diálogo interno negativo disminuye la confianza del paciente en ser capaz de cerrar el círculo del estrés de forma efectiva.

Neuropsicología de la emoción.

Los avances en la neurociencia están permitiendo, comprender con mayor exactitud cómo la emoción afecta a la función cognitiva y la importancia que la emoción posee para la supervivencia del individuo en el ámbito social.

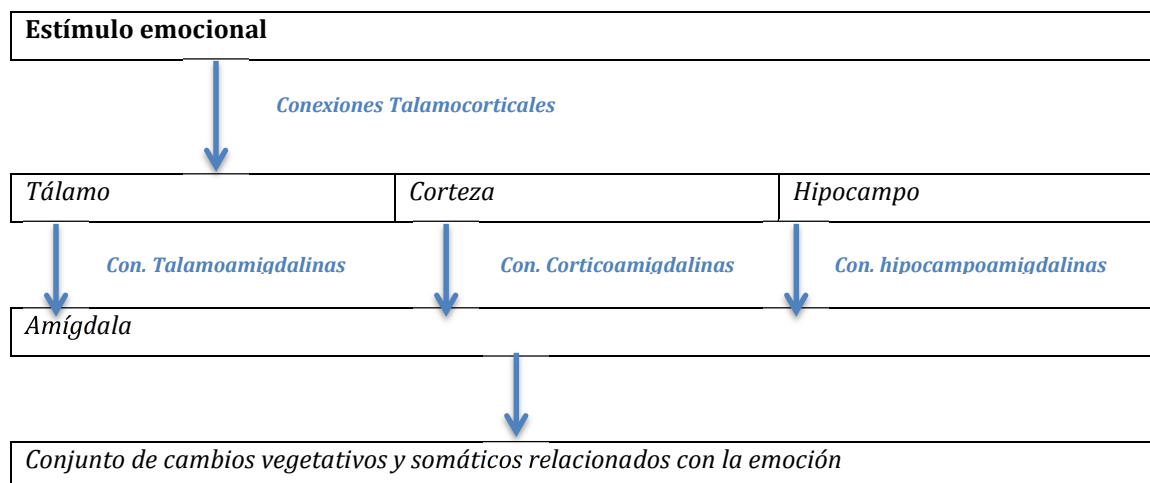
Tirapu⁽¹⁵⁾ en su libro Manual de Neuropsicología explica como un estímulo con carga emocional es procesado en primer lugar en el tálamo, y desde allí se proyecta la información hacia la amígdala, donde tiene lugar un primer procesamiento rápido de las características más simples del estímulo, y más tarde envía esa información hacia la corteza, donde tiene lugar un procesamiento más complejo del estímulo carente ahora de componentes afectivos. Posteriormente, la corteza enviará la señal a la amígdala para que ésta dote de su componente emocional a esa información compleja del estímulo. Desde la amígdala diferentes proyecciones producen la activación del sistema vegetativo y la liberación de hormonas relacionadas con el estrés, que aumentan la atención y la conciencia, reducen el dolor y se producen las manifestaciones conductuales de la emoción. El hipocampo dotará mediante su conexión con la amígdala al sistema emocional de la información relacionada con el contexto^(16,17).

La base neurofisiológica del estrés explica como la amígdala, que forma parte del sistema límbico y participa en la regulación de las emociones, reacciona a estímulos ambientales que pueden ser percibidos de forma consciente o subconsciente y es responsable en parte de la reacción de lucha o huida.

La ansiedad activa la amígdala y como está conectada con el córtex pre frontal y el córtex cingular anterior, produce una alteración de esas zonas, lo que conlleva a que la memoria a corto plazo, la atención y la habilidad de evaluación de riesgo-beneficio se puedan ver alteradas.

Existe a su vez una fuerte conexión entre la amígdala y el hipocampo, este último se estimula al recordar los detalles de situaciones y experiencias anteriores.

Figura 7. Base neurofisiológica del estrés (Imagen de Neuropsicología de la emoción)⁽¹⁵⁾



La amígdala es responsable de una respuesta adaptativa al miedo y actúa como una alarma de protección. Por ejemplo, si al andar por el bosque, de repente se escucha un ruido entre los árboles, esta información sensorial pasa rápidamente al tálamo, el tálamo no sabe seguro si esta información significa que existe o no un peligro por lo que envía la información a la amígdala. La amígdala responde para protegernos y le indica al hipotálamo que inicie la respuesta de lucha o huida. Pronto el corazón comienza a palpar más rápido y la respiración se acelera y mientras este proceso de activación simpática se ha iniciado, el tálamo también envía información sensorial al córtex sensorial, donde el significado es interpretado, identificando múltiples explicaciones al ruido entre los árboles y se envía posteriormente esta información al hipocampo. El hipocampo concluye que no hay peligro y traslada ese mensaje a la amígdala para que lo comunique al hipotálamo que cierre la respuesta de lucha o huida, es decir cierra el sistema simpático.

Algunas veces la respuesta al miedo es innata y otras veces ha podido ser condicionada, esto se debe porque en la amígdala se encuentra el núcleo medial y el núcleo central que están involucrados en aprender a responder con miedo.

La amígdala es fundamental para la percepción de la emoción y posee algunos circuitos que ni siquiera pasan por la corteza cerebral, por eso es posible responder con mucha rapidez a estímulos positivos o negativos sin haber sido percibidos conscientemente. Según demuestran algunos estudios los adultos

sometidos a estrés crónico parecen poseer amígdalas más grandes y con mayores conexiones.

Ansiedad y depresión.

Cuando el estrés crónico rebasa unos límites de cualidad o intensidad e interfiere con la vida diaria del paciente se habla de ansiedad. A partir de ese momento se puede perder la función primaria de sistema de alarma y de adaptación al estrés ante un desencadenante, provocando una sobrerreacción que puede repercutir negativamente en el paciente y en su rendimiento.

La ansiedad se puede asociar a diversidad de síntomas como son los provocados por la hiper-estimulación simpática: palpitaciones, aumento de la frecuencia respiratoria, sudoración, etc., los provocados por la aprensión como: los síntomas hipocondríacos, los creados por temores diversos como: los síntomas fóbicos, o los iniciados por pensamientos o actos repetitivos como: los síntomas obsesivo-compulsivos, y por último los provocados por reacciones somáticas como: los síntomas conversivos y de somatización.

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo como son la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, la irritabilidad, la sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Puede ser que también estén presentes en algún grado de intensidad síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica y física.

La depresión mayor se puede iniciar a cualquier edad de la vida, aunque es más frecuente entre los 15 y 45 años y su edad media de inicio es a los 30 años.

Otros trastornos mentales como las fobias o el trastorno de pánico suelen preceder habitualmente al diagnóstico de cáncer.

El National Cancer Institute⁽¹⁸⁾ señala que la incidencia del trastorno de estrés post traumático asociado al diagnóstico va desde un 3% en los pacientes que se encuentran en los estadios iniciales a un 35% en los pacientes que están siguiendo tratamiento.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se define como el desarrollo de ciertos síntomas que se presentan después de una situación que genera extrema tensión mental como es la muerte, una enfermedad grave que ponga la vida en peligro, padecer lesiones serias, o una situación que represente una amenaza para uno mismo u otros.

El trauma desencadenante en el campo de la Oncología podría ser el diagnóstico en sí de una enfermedad potencialmente mortal o bien aspectos del proceso de tratamiento, o de los resultados de las pruebas de estudio, o la información recibida sobre una recaída o cualquier otro aspecto relacionado con la vivencia del cáncer.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en sobrevivientes de cáncer podría ser expresado mediante los siguientes comportamientos específicos:

- Revivir la experiencia traumática mediante pesadillas, recrear las imágenes del trauma y el pensar constantemente en él.
- Evadir los lugares, acontecimientos y personas relacionadas con la vivencia del cáncer.
- Estar constantemente agitado, temeroso, irritable y no poder dormir.

Estos síntomas deben durar más de un mes y ser diagnosticados en los primeros seis meses desde el inicio del desencadenante, además deben causar problemas significativos en las relaciones personales del paciente, en su empleo y en otras áreas importantes de su vida diaria para poder ser diagnosticado como Trastorno de estrés post-traumático o TEPT.

Tabla 8. Trastornos de ansiedad y depresivos recogidos en el DSM-5.

Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos
TA por separación	Trastorno disruptivo de regulación emocional
Mutismo selectivo	Trastorno disfórico premenstrual
Fobia específica	Trastorno depresivo
TA social	Duelo
Trastorno por angustia	
Agorafobia	
TA generalizada	
TA inducido por sustancias	
TA debido a enfermedad médica	
Otros TA especificados	
Otros TA no especificados	

La evaluación de la presencia de síntomas psicológicos se adaptará a las circunstancias especiales de cada paciente. Aunque en general no se recomienda la utilización rutinaria de cuestionarios para la detección de este tipo de problemas salvo que existan factores de riesgo específico, parece adecuada la inclusión en un grupo de intervención psicológica.

A pesar de la mejoría del pronóstico y de la supervivencia con los tratamientos actuales, el cáncer de mama sigue suscitando sentimientos de rabia, miedo y desesperanza.

La ansiedad en relación con el cáncer se detecta principalmente en cuatro momentos evolutivos de la enfermedad como son la detección, el diagnóstico, el tratamiento y las recaídas.

Previo el diagnóstico, el paciente ha podido experimentar un periodo de preocupación “¿será normal?” ante la presencia de un síntoma de alarma, duda “¿voy al médico?”, incertidumbre “¿será algo?”. Si la búsqueda de ayuda se demora mucho tiempo, el pronóstico y el tratamiento pueden dilatarse y comprometer la evolución de la enfermedad, lo cual puede ser el origen difuso para sentimientos de culpa y depresión posteriores.

En el momento del diagnóstico las sensaciones de embotamiento e incredulidad, así como las emociones desbordantes, los pensamientos catastróficos intrusivos y la confusión son muy comunes.

El diagnóstico de cáncer de mama implica una ruptura con la vida previa que obliga a la persona afectada y a su entorno próximo a adaptarse a múltiples circunstancias difíciles desde la detección, el diagnóstico, el tratamiento y hasta mucho tiempo después de haber finalizado el mismo, por la incertidumbre de la evolución y el miedo a las recaídas. Por ello es frecuente que la mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama experimenten elevados niveles de malestar psicológico caracterizado por la incertidumbre, *“¿me recuperaré?, ¿perderé el cabello?, ¿podré soportar el tratamiento? ¿podré volver a trabajar?”*

Estas dudas conllevan frecuentemente sentimientos negativos como el miedo al pronóstico, al futuro, al rechazo social, al resultado de las pruebas, a la quimioterapia, a mostrar el cuerpo. Esta incertidumbre provoca síntomas de ansiedad, insomnio, dificultades en la concentración, preocupación, tensión muscular y otras emociones negativas⁽¹⁹⁾ como la rabia *“¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?”*, así como depresión, tristeza, mayor labilidad emocional, disminución de las ganas de hacer cosas, pérdida de ilusiones, irritabilidad y pesimismo. Este vaivén de emociones e incertidumbre redunda en una pérdida de control, en un sentimiento de impotencia para modificar la situación, lo que amenaza a la autoestima. No tenemos que olvidar la repercusión emocional de los profundos cambios físicos como son la pérdida del pecho, el aumento de peso, la caída del cabello.

De igual forma otros motivos como por ejemplo las limitaciones físicas, el temor a no volver a desarrollar su actividad profesional, a cuidar de los suyos, afectan emocionalmente a la paciente diagnosticada de cáncer.

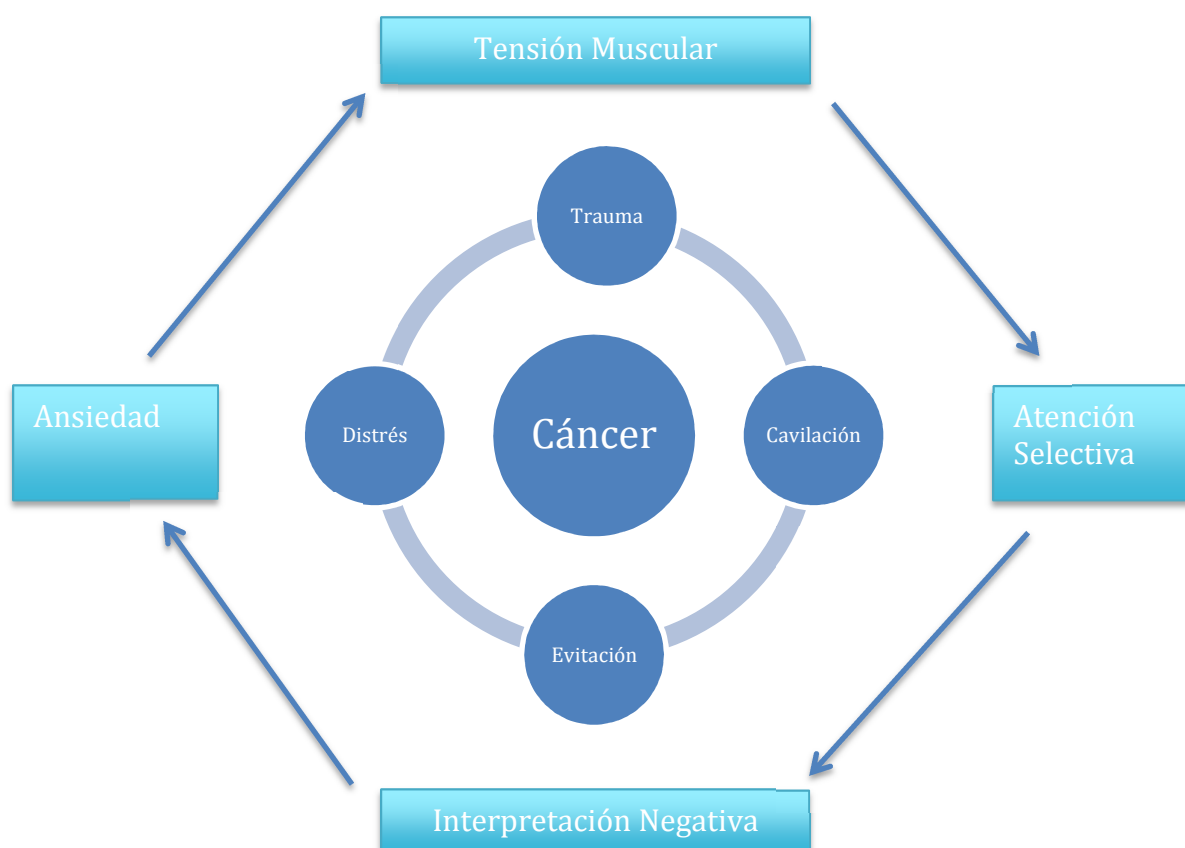
Estas reacciones emocionales son hasta cierto punto “normales y necesarias” para que la persona acepte su situación y pueda hacerle frente. Sin embargo, es frecuente que se reagudicen en diferentes momentos del proceso de la enfermedad sobre todo durante el diagnóstico, la cirugía, el tratamiento y el seguimiento.

El tratamiento es otro periodo importante en el desarrollo de la enfermedad y que enfrenta al paciente a diferentes situaciones problemas en dependencia de qué tipo de tratamiento precise. Así mientras la cirugía implica la preparación mental para un día concreto, una fecha concreta y un procedimiento determinado del que se conoce el cómo y lo que se puede esperar, otros tratamientos médicos como la quimioterapia son más inciertos ya que parece ser que cada persona responde de forma individual con más o menos tolerancia, y será preciso irse adecuando a la aparición de efectos secundarios si llegasen a ocurrir. La radioterapia por otra parte, influye en la vida diaria del paciente obligándole a acudir a un centro hospitalario de referencia durante días seguidos, e incluso semanas lo que implica la necesidad de bajas laborales, incluso de la separación de la familia y el ámbito cotidiano mientras dura el tratamiento lo que puede incrementar la sensación de aislamiento y tristeza.

Habitualmente estas reacciones emocionales de ajuste se van a ir resolviendo en la medida en que el paciente asimila su situación y pone en marcha los recursos para hacerle frente. Pero sin embargo, en ocasiones el malestar emocional es tan importante que interfiere en su día a día y en la capacidad para afrontar la enfermedad y las consecuencias asociadas a los tratamientos⁽²⁰⁾.

Para explicar el aluvión de emociones que en general gestiona un paciente diagnosticado de cáncer de mama, podemos utilizar el modelo cognitivo del estrés, explicado por cáncer de Moore y Grey⁽²¹⁾, explicado en el magnífico libro de Trish Bartley⁽²²⁾, Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer.

Figura 9. Modelo cognitivo del estrés por cáncer de Moore y Grey⁽²¹⁾.



Este modelo explica como el círculo de la preocupación ansiosa del cáncer comienza con una sensación general de ansiedad que suele encontrarse en el trasfondo de la mayoría de los pacientes aquejados de cáncer.

Esto genera una tensión corporal que se interpreta como dolor o malestar. El foco de atención gira entonces hacia esa tensión que es catalogada de desagradable y no deseada, y dispara las interpretaciones negativas que se añaden a los sentimientos de ansiedad y rechazo que alientan la tensión y el dolor físico, esto aumenta inevitablemente la fuerza de las interpretaciones negativas, que resultan cada vez más reales y convincentes.

El cáncer tiene un significado simbólico que difiere de otras enfermedades y es la sensación interna de falta de control que nace de la idea de que las células propias del cuerpo crecen sin control y se convierten incluso en una potencial amenaza a la supervivencia del cuerpo. Esta idea aumenta el círculo de preocupación ansiosa del paciente con cáncer. El paciente oncológico tiene que aprender a vivir con la incertidumbre, inseguridad que perdura incluso una vez que el cáncer entra en remisión ya que la enfermedad podría reactivarse o progresar. Así la sensación de

pérdida de control del cuerpo y de la vida son temas importantes a tratar con el paciente con cáncer.

Resumiendo existen momentos determinantes en el ajuste emocional⁽²³⁾ en el paciente diagnosticado de cáncer.

Esos momentos son: la detención, el diagnóstico de una enfermedad potencialmente letal, el momento del tratamiento y el miedo a sus efectos secundarios, la recurrencia y la noticia de que la enfermedad es incurable.

Los pensamientos negativos reiterativos como son: pensamientos distorsionados de uno mismo con autocrítica, auto culpabilidad y baja autoestima, pesimismo ante el futuro, pueden conducir a un aumento de los síntomas clínicos de depresión como el cansancio, la falta de interés, la anhedonia, la pérdida de peso y el insomnio.

Moorer y Greer⁽²¹⁾ identificaron cinco estilos de ajuste emocional que los pacientes suelen desarrollar tras un shock inicial. Estos estilos son: el espíritu de lucha, la evitación o la negación en su máxima expresión, el fatalismo, la impotencia y la preocupación ansiosa.

Las estrategias de enfrentamiento que más se correlacionan con el desajuste son la evitación y la cavilación.

Trish Bartley⁽²²⁾ en su libro *Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer* explica estas estrategias de enfrentamiento: *“la evitación es una respuesta casi universal a la experiencia dolorosa (...), puede ser consciente o automática y operar a nivel cognitivo, no pensar deliberadamente en el diagnóstico, conductual, evitar aquellas situaciones que nos recuerden al cáncer o afectivo, distrayéndose de las emociones negativas. En su caso extremo, la evitación puede acabar convirtiéndose en negación, tanto de la gravedad de la enfermedad como del diagnóstico del cáncer.”*

En el mismo libro, nos habla de otra estrategia de enfrentamiento que es la cavilación. *“La cavilación se caracteriza por la incapacidad de renunciar a los pensamientos relativos a las experiencias dolorosas, independientemente de que estén ligados al pasado o al futuro. Es uno de los factores que contribuyen al mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada y de depresión mayor (...).La*

preocupación a menudo conduce a intentos ineficaces de solución de problemas. Más que ser capaz de identificar un plan para enfrentarse a una posible amenaza futura, la persona preocupada se sume en un bucle de pensamiento repetitivo.”

2.2.3. Impacto social y familiar:

El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico inicial son un acontecimiento vital estresante⁽²³⁾ que produce en los pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento en el nivel de su calidad de vida. Tras el diagnóstico del cáncer, también se produce un empeoramiento en la relación conyugal, lo que se manifiesta en una disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional en el cónyuge. Aunque si bien en el primer mes tras el diagnóstico de cáncer de mama, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en las características estructurales como son la cohesión y la adaptabilidad según algunas investigaciones consultadas⁽²⁴⁾.

Gracias a los procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivo que ya están ampliamente implantados en los hospitales como es la cirugía conservadora que tiene ventajas sobre la cirugía radical en muchos aspectos y también en lo que se refiere a la respuesta psicológica y al ajuste conyugal de la paciente en el primer mes posterior al diagnóstico del cáncer.

El diagnóstico de cáncer y los continuos tratamientos también tienen un impacto en la vida familiar de las supervivientes. La familia, y en concreto la relación de pareja, es un apoyo indescriptible en toda la trayectoria de la enfermedad. Sin embargo, pueden aparecer tensiones en la fase de post-tratamiento. En ocasiones, la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer. El impacto de la enfermedad afecta profundamente a la unidad familiar, ya que el diagnóstico crea cambios emocionales en todos los miembros de la familia e interrumpe roles y estilos de vida. Además, puede añadirse la preocupación de las mujeres a que sus hijas por herencia genética puedan tener mayor riesgo de presentar un cáncer de mama.

En el área laboral, los pacientes pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer.

Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, el ser transferido a trabajos menos deseables o la limitación en las responsabilidades laborales, aspectos que pueden llevar a que los supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Esta situación conlleva a una pérdida económica y repercusiones personales y familiares, además de una posible pérdida de autoestima. Por otro lado el cambio en el estilo de vida previo puede traer consigo un alejamiento de la vida social anterior con el consiguiente aislamiento social, baja autoestima y síntomas de tristeza.

2.2.4. Intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer de mama.

Antoni Font y Eva Rodríguez⁽²⁵⁾ de la Universidad Autónoma de Barcelona publicaron en la revista de Psico-Oncología en 2007 un resumen sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama, donde diferencian tres principales enfoques terapéuticos que son: intervenciones informativo-educativas, aplicaciones cognitivos-conductuales y psicoterapias de grupo. Las intervenciones informativo-educativas tienen efectos positivos en el campo afectivo y del afrontamiento, especialmente al inicio de la enfermedad.

Las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para mejorar el control de algunos síntomas, el estado afectivo relacionado con situaciones concretas y el afrontamiento a la enfermedad en sus diversas fases. Sin embargo el enfoque psicoterapéutico de grupo es más efectivo en los aspectos educativos que en la gestión de las emociones. La utilización de diversos formatos incluyendo el soporte telefónico y el internet facilitan la extensión a todas las pacientes de esta ayuda psicológica complementaria. Almonacid et al.⁽²⁶⁾ aportaron datos sobre la satisfacción que muestran las pacientes con cáncer de mama cuando participan en un programa de apoyo emocional. El 50% de los pacientes consideraron que su estado emocional había mejorado notablemente.

Tabla 10. Intervenciones psicológicas individuales en cáncer de mama⁽²⁴⁾

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Detección precoz de problemas psiquiátricos	Entrevista, counselling
Disminución del estrés pre-quirúrgico	Terapia conductual combinada
Mejor afrontamiento a los efectos secundarios	Terapia cognitivo-conductual y biofeedback
Reducción del estrés asociado a la enfermedad	Terapia educativa telefónica
Mejor estado emocional y relación con la pareja	Counselling de pareja
Menor ansiedad en las fases iniciales de la enfermedad	Entrenamiento de relajación/imaginación guiada
Mejora de la adaptación de las pacientes con antecedentes vitales estresantes	Intervención psicoterapéutica pre-operativa breve
Mejoras en calidad de vida general de pacientes sin metástasis	Terapia cognitiva
Mejor control de síntomas eméticos en quimio-terapia adyuvante	Terapia conductual combinada (relajación, respiración y visualización guiada)
Reducción de la depresión asociada a la primera fase de tratamiento	Terapia cognitiva
Menor depresión y ansiedad en la fase de intervalo libre	Programa de apoyo psicosocial
Reducción de la fatiga, mejora del estado de ánimo	Programa de incremento de la actividad física
Reducción de los trastornos del sueño de pacientes en estadio II	Técnicas de Mindfulness
Disminución de la frecuencia de emociones negativas	Técnicas creativas (arte-terapia)
Mejor control del dolor metastático	Entrenamiento de relajación/imaginación
Menor ansiedad y depresión pese a dolor metastático	Entrenamiento en afrontamiento
Mejora de la depresión en cáncer de mama metastático	Terapia cognitiva

2.3. Introducción a técnicas anti-estrés. Terapias de tercera generación.

Actualmente un nuevo enfoque terapéutico se abre paso de la mano de las terapias de *tercera generación* ^(27,28) que unen a una base científica una perspectiva más individualizada y experiencial del paciente y de su entorno. El terapeuta se convierte así en un guía, un “coach” o un mentor que ofrece herramientas indirectas de cambio para adaptarse de forma individual al contexto. Estas nuevas terapias se desarrollan desde un esquema de cambio que va desde el de la modificación de la conducta y/o el pensamiento a un nuevo modelo donde prima la aceptación de aquello que no se puede cambiar ⁽²⁹⁾.

Esta nueva generación de terapias basadas en facilitar el conocimiento de uno mismo a través de la comprensión de la propia experiencia, podría llegar a convertirse, en un nuevo marco para la integración de las psicoterapias en el sentido de comprender los ejes claves de toda psicoterapia eficaz.

Así las terapias de primera generación, o primera “ola” tienen como principal objetivo el cambio directo de la conducta y de la emoción-problema del paciente y se basan en el neo-conductismo. Las terapias de segunda generación añaden el cambio directo del pensamiento, eliminando o disminuyendo las ideas irracionales, los esquemas cognitivos patológicos o el procesamiento de la información defectuoso, a través de la detección del pensamiento, corrección o contrastación del mismo. La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales incorpora, además del cambio de la conducta y de los pensamientos, la intervención basada en la aceptación de aquello que no se puede cambiar en la vida del paciente y que le está provocando dolor emocional y/o físico. Algunos estudios ⁽³⁰⁾ sugieren que promover “la aceptación” en pacientes con enfermedad crónica tiene una función adaptativa física y psíquica a largo plazo.

2.3.1. INTRODUCCIÓN AL MINDFULNESS: Concepto, origen, estructura, neurofisiología, utilidad y evidencia clínica.

Origen:

Desde un punto de vista histórico, el Mindfulness cuenta con una tradición milenaria, y desde entonces ha sido cultivada por diversas escuelas budistas. Pero ha sido muy recientemente cuando el Mindfulness se ha extendido libre de toda referencia religiosa y se ha comenzado a estudiar como una habilidad psicológica emergente.

Es importante remarcar el trabajo pionero de Jon Kabat-Zinn que ya en 1979 fundó la “Stress Reduction Clinic” en el marco de la Universidad de Massachusetts. También es importante destacar a Kabat-Zinn⁽³¹⁾, Richard Davidson, Daniel Goleman, Daniel y Ron Siegel que han contribuido a la investigación neurocientífica sobre los efectos y los mecanismos neurobiológicos del Mindfulness.

En la práctica de la psicoterapia, el Mindfulness ha sido incorporado como componente principal o como coadyuvante a otros modelos de tratamiento psicológico⁽³²⁾.

Tabla 11. Modelos de tratamientos psicológicos que incorporan Mindfulness.

Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (MBSR)	Mindfulness Based Stress Reduction, Kabat-Zinn, 1990
Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena	<ul style="list-style-type: none">• MBCT: Mindfulness- Based Cognitive Therapy, Segal, Williams & Teasdale, 2002
Terapia Dialéctica Comportamental	<ul style="list-style-type: none">• DBT: Dialéctica Behavior Therapy, Linehan, 1993•
Terapia de Aceptación y Compromiso	<ul style="list-style-type: none">• ACT: Acceptance and Commitment Therapy, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999

Concepto:

Mindfulness es la traducción inglesa del concepto de sati (Pali) o smṛti (Sánscrito) que significa “recordar atender al presente”.

Bishop⁽³³⁾ habla del Mindfulness como una autorregulación de la atención orientada hacia el momento presente, con curiosidad, apertura y aceptación, mientras que Kabat-Zinn⁽³⁴⁾ lo define como la conciencia de aquello que emerge en el momento presente con propósito y sin juzgarlo.

El Mindfulness también llamado **Atención Plena** se basa en la concentración de la atención y la conciencia en el ahora, prestando atención a pensamientos, a emociones, a sensaciones corporales y al ambiente de alrededor sin emitir juicios de valor, aceptándolos y evitando que la mente divague hacia el futuro o hacia el pasado.

Prestar atención, significa estar completamente presente en la experiencia que ocurre en el aquí y en el ahora. El Mindfulness enseña a estar completamente en el momento, evitando la tendencia natural de la mente de viajar hacia el pasado o hacia el futuro mientras pasa sin tomar conciencia por el ahora con el “piloto automático”.

De igual forma enseña cómo responder de forma diferente a las situaciones demandantes, en vez de reaccionar como un acto reflejo a escenarios imaginarios creados por la ansiedad y el miedo. En esos momentos difíciles el Mindfulness muestra cómo hacer una pausa y volver a orientar la atención hacia la experiencia directa, ya sea a través del cuerpo, la respiración o una actividad determinada, dando un tiempo para ser capaz de modular la respuesta y elegir una más adecuada.

La práctica de este tipo particular de atención consciente ayuda al paciente y al terapeuta a estar más centrado y equilibrado.

Por otro lado Siegel⁽³⁵⁾ explica lo que **no es Mindfulness**. “No es dejar la mente en blanco, no es buscar el éxtasis, no es escapar del dolor, no es suprimir las emociones, no es la autoconciencia, no es una técnica de afrontamiento, los momentos de Mindfulness no son conceptuales, ni verbales, ni enjuician la experiencia.”.

Tabla12. Actitudes fundamentales⁽³⁶⁾ para la práctica de Mindfulness según Kabat-Zinn.

No juzgar
Paciencia
Mente del principiante
No resistencia
Confianza
Aceptación
Dejar ir

Estructura:

El Mindfulness como habilidad psicológica consta de dos componentes principales: el primero hace referencia a la **regulación de la atención** para mantenerla centrada en la experiencia inmediata, y el segundo consiste en una actitud u orientación de curiosidad, **apertura y aceptación** hacia esa experiencia, independientemente de que tenga un significado positivo o negativo.

Gracias a la práctica del Mindfulness, se puede aprender cómo romper el círculo del estrés y el de la preocupación ansiosa antes descritos y que son tan prevalentes en el paciente diagnosticado de cáncer.

Trish Bartley⁽²²⁾ en su libro “Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer” nos explica cómo aunque los pensamientos negativos todavía pueden presentarse, la ansiedad todavía puede experimentarse y las interpretaciones negativas también pueden iniciarse, es posible “prestar atención” y reconocer los pensamientos, sentimientos y sensaciones como lo que simplemente son simples “pensamientos, sentimientos y sensaciones” y no como verdaderos hechos con los que nos identificamos.

El Mindfulness enseña cómo reconocerlos y utilizar la respiración, el cuerpo o una actividad determinada como anclaje con el momento presente, ofreciendo así una pausa en la que elegir qué hacer a continuación.

Neurofisiología:

Los procesos de *arriba abajo* son muy poderosos ya que están respaldados por una conectividad neuronal muy potente, mucho más que la incertidumbre de vivir en el aquí y ahora. De hecho, tienen un extraordinario valor para la supervivencia en nuestra historia evolutiva y personal, ya que permiten que el cerebro emita valoraciones con rapidez y procese información de manera eficiente para poder iniciar conductas que faciliten la supervivencia y la vida cotidiana en general. Este proceso incorpora las creencias en forma de modelos mentales bipolares del bien y del mal, juicios acerca de lo que es bueno o malo, reacciones emocionales intensas o respuestas corporales derivadas del aprendizaje previo, elimina las diferencias sutiles de la experiencia presente y convierte a las personas en autómatas, en sujetos que realmente no son conscientes de lo que sucede mientras está sucediendo.

El proceso de Mindfulness puede ayudar a desterrar los automatismos del proceso *arriba abajo*. *“El Mindfulness permite que la mente “discierna” su propia naturaleza y revele a la persona los conocimientos, las ideas preconcebidas y las reacciones emocionales que están incrustadas en el pensamiento y en las respuestas reflexivas que generan estrés interno. Al desidentificarse de los pensamientos y de las emociones y al darse cuenta de que estas actividades mentales no equivalen al “yo” y de que no son permanentes, la persona puede dejar que aparezcan y se desvanezcan, como si fueran burbujas en una cazo de agua hirviendo⁽³⁵⁾”*

Con el *Mindfulness* se desarrollan los cuatro afluentes de la conciencia que permiten al individuo sumergirse en la experiencia inmediata del aquí y ahora. Estos cuatro afluentes de la conciencia son según Siegel: la sensación como la experiencia sensorial directa, la observación distante, uno se observa así mismo desde lejos, la conceptualización⁽³⁶⁾ como idea de la acción que se está realizando y el conocimiento que es el saber del momento presente.

Continuando con la información expuesta por Siegel, el procesamiento *abajo arriba* puede lograrse focalizando la atención directamente sobre cualquiera de los ocho sentidos: los cinco sentidos que nos permiten captar el mundo exterior, la interocepción a través del cuerpo, la visión de la mente con sus pensamientos, emociones, intenciones, actitudes, conceptos, creencias, sueños... y el relacional que se refiere a la conexión con los demás seres.

Hoy en día existen numerosos estudios que tratan de explicar a nivel neurofisiológico los mecanismos que subyacen a la práctica de la meditación basada en *Mindfulness* los cuales parecen sugerir que existe una desviación de la función cerebral hacia una dominancia frontal izquierda en respuesta a estímulos emocionales y que se asocian a una disposición emocional y mental más positiva en sujetos que han participado en un programa de meditación basado en *Mindfulness*.

Otro estudio ⁽³⁷⁾ reveló un aumento de grosor en dos zonas cerebrales: el área prefrontal medial bilateralmente y un circuito neurológico relacionado la ínsula particularmente más grueso en el lado derecho del cerebro. El grosor de estas áreas se correlacionaba con el tiempo dedicado a la práctica de la meditación plena. Los resultados de un estudio más reciente⁽³⁸⁾ sugieren que la participación en el programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena está asociado con cambios en la concentración de la sustancia gris en regiones cerebrales que tienen que ver con los procesos de memoria y aprendizaje, regulación de la emoción, procesos autorreferenciales y toma de perspectiva.

Hay numerosos estudios que relacionan la práctica del *Mindfulness* con un posible incremento del espesor de la corteza cerebral⁽³⁹⁾ y con un aumento de la mielinización de las neuronas, así como con un aumento de las sinapsis y la neurogénesis ⁽⁴⁰⁾ y con patrones en el encefalograma de sincronidad ⁽⁴¹⁾.

Evidencia médica:

Durante los últimos años, más de 600 estudios han sido publicados sobre la eficacia de Mindfulness desde 1990.

Brown et al.⁽⁴²⁾ realizó un resumen de las aplicaciones del Mindfulness en el mundo médico encontrando beneficios en numerosas publicaciones como las siguientes: en el tratamiento de ansiedad⁽⁴³⁾, en el tratamiento de la depresión y sus recaídas⁽⁴⁴⁾, en la mejoría del sistema inmunitario⁽⁴⁵⁾, en el cáncer⁽⁴⁶⁾ y en el dolor⁽⁴⁷⁾.

El NICE, National Institute for Clinical Excellence⁽¹⁸⁾, que es la organización encargada en Reino Unido de establecer los criterios de salud, recomienda explícitamente la TCBM⁽⁴⁸⁾, terapia cognitiva basada en Mindfulness, para personas que han sufrido dos o tres episodios de depresión. Actualmente existe evidencia empírica que demuestra la eficacia de la TCBCP en poblaciones con distintos trastornos psiquiátricos de diferentes características⁽⁴⁹⁾, y para otras aplicaciones clínicas como en el tratamiento de pacientes diagnosticados de cáncer⁽⁵⁰⁾, parkinson⁽⁵¹⁾, problemas coronarios y depresión⁽⁵²⁾ o cefalea tensional⁽⁵³⁾.

El enfoque de la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* está dirigido a enseñar a los sujetos a que se relacionen de una manera diferente con sus propios pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

A través de la práctica continuada en “atención plena” o Mindfulness, el individuo aprende a observar sus experiencias desde fuera, con aceptación, sin enjuiciarlas, de manera que pueda llegar a darse cuenta de que son solamente experiencias transitorias, más que verdades absolutas o su propio yo.

2.3.2. INTRODUCCIÓN A LA PNL (PROGRAMACIÓN NEURO-LINGÜÍSTICA):

Origen, concepto, estructura, neurofisiología, utilidad y evidencia clínica:

Origen:

La PNL se originó en California a comienzos de 1970 en la Universidad de Santa Cruz. Allí Richard Bandler, matemático e informático ayudaba al Dr. John Grinder, profesor de lingüística a estudiar y examinar a personas que eran consideradas grandes comunicadores y agentes del cambio como eran Virginia Satir, quién desarrolló la terapia familiar sistémica, Fritz Perls el fundador de la psicología Gestalt y Milton H. Erickson el responsable de los avances en Hipnosis Clínica. En su trabajo, también recurrieron a los conocimientos y las habilidades de los lingüistas Alfred Korzybski y Noam Chomsky, el antropólogo social Gregory Bateson y el psicólogo Paul Watzlawick.

Concepto:

Robert Dilts, uno de los principales discípulos de Bandler y Grinder, definió la PNL como un modelo acerca de cómo trabaja la mente, cómo le afecta el lenguaje y cómo usar este conocimiento para programar la mente y que el cumplimiento de las metas en la vida fueran más fáciles de alcanzar y al mismo tiempo más eficientes.

Por tanto, la PNL modela la experiencia y se centra en la experiencia subjetiva de las personas que obtuvieron la solución al problema para copiarlo y crear un modelo de cómo aquella persona hizo lo que hizo y así poder reproducirlo y aprender de ella. Este modelo ofrece unas herramientas para en un principio *“darse cuenta”*, *“prestar atención”*, y comprender así la propia experiencia subjetiva, la forma en que la mente piensa, siente y actúa para después hacer consciente esa información y ser capaz de transcribir la programación subconsciente, y por último realizar cambios que acerquen al individuo a su objetivo.

Estructura:

Una de las premisas principales de la P.N.L. es que el ser humano no opera directamente sobre el mundo real en el que vive, sino que lo hace a través de representaciones mentales individuales del mundo real que determinan la forma en que cada individuo percibe el exterior. De forma que **“el mapa no es el territorio”** ya que cada persona interacciona con el mundo de forma diferente, lo que realmente experimenta como realidad es una ilusión construida por su propio cerebro.

La PNL define el sistema representacional del individuo como la forma en que cada uno recoge, almacena y codifica la información en la mente. Esta información llega al individuo a través del sistema nervioso. Se percibe el mundo a través de los cinco sentidos: visual-ojos, auditivos-oídos, kinestésico-emociones y tacto, olfativo-nariz y gustativo-gusto.

Tabla 13. Modalidades y submodalidades más utilizadas en PNL, Programación Neuro-lingüística.

Visual	Blanco o negro, cerca o lejos, brillante o sin brillo, localización, tamaño, asociado o disociado, nítido o difuso, movido o fijo, encuadrado o panorámico, película o foto, película rápida o lenta, nivel de contraste, en 3D o plano, visto desde qué ángulo.
Auditiva	Localización, dirección, interno o externo, alto o suave, rápido o lento, agudo o grave, tono, timbre, pausas, cadencia, duración, originalidad del sonido.
Kinestésica	Localización, tamaño, forma, intensidad, consistencia, movimiento o duración, vibración, presión o temperatura, peso.

Así las personas con **un sistema representacional** que valora lo visual describirá su experiencia con un lenguaje que refleja un sistema visual, las personas visuales recuerdan imágenes vistas con anterioridad, y tienen facilidad para crear nuevas imágenes y transformar las ya vistas, de igual forma las personas auditivas, tienen facilidad para recordar palabras y sonidos escuchados con anterioridad y suelen ser mas selectivos respecto al vocabulario que utilizan mientras que las personas kinestésicas reaccionan ante sensaciones táctiles, viscerales y corporales.

Bandler y Grinder observaron que la gente mueve los ojos en direcciones sistemáticas dependiendo del sistema de representación al que acceden. Estos movimientos se conocen como claves de acceso ocular.

De forma que este acceso ocular es útil para reconocer aún antes de que el paciente comience a comunicarse verbalmente a qué sistema representacional se refiere al recoger o acceder a la información.

Donde Vc es visual construido, Vr es visual recordado, Ac es auditivo construido, Ar es auditivo recordado, K es kinestésico y Ad es diálogo interior.

Figura 14. Acceso ocular (de NLP Home Study Programme (V2.0) © 2006-2012 Auspicium Limite)

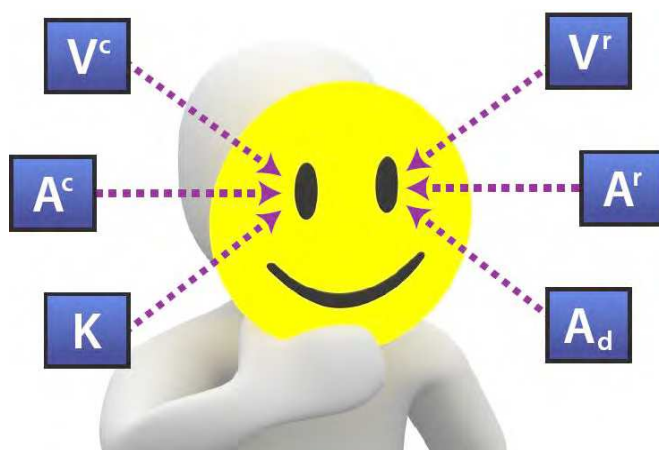


Tabla 15. Sistema representacional (de NLP Home Study Programme (V2.0) © 2006-2012 Auspicium Limite)

Características:	Visual	Auditivo	Kinestésico
Ojos	Mirada hacia arriba no fija	Mirada hacia abajo e izquierda (diestros) o al lado	Mirada hacia abajo y la derecha (diestros)
Respiración	Superficial y desde la parte superior del pecho	Desde medio pecho	Profunda desde el diafragma
Postura	Hombros tensos, cuello arqueado	Tensión distribuida sobre los hombros y la espalda Cabeza hacia un lado	Postura relajada en conjunto
Voz	Habla rápida, tono agudo, cabeza alta	Clara, buena entonación, rítmica	Habla lenta con pausas largas, voz baja, tono grave, barbilla hacia abajo

Los sentidos reciben más de dos mil millones de bits de información por segundo, pero la mente consciente sólo es capaz de atender de entre cinco a nueve fragmentos de información en un instante. Por tanto se necesitan una serie de **filtros** que nos permitan concretar y definir la información que recibimos.

Neurofisiología:

Todo este aluvión de información pasa por una red de células que se encarga de que sólo una mínima parte de esa información llegue al resto del cerebro. Dicha red se conoce como el Sistema de Activación Reticular o SAR, que selecciona a qué información prestar atención, priorizando entre la información lo importante para sobrevivir, lo nuevo y aquello que contenga un alto contenido emocional.

Los recuerdos suelen crearse cuando la información registrada en el SAR se envía a la amígdala, donde se sopesa su carga emocional antes de ser remitida al hipocampo que evalúa la información, cotejándola con toda la que tiene almacenada en la memoria a largo plazo y la presenta a la corteza para que la analice, antes de devolverla para archivarla en la memoria a largo plazo.

Los filtros que atraviesan las percepciones determinan en qué clase de mundo vive el individuo, el problema es que existen una serie de filtros que juegan un papel limitante y distorsionante de la realidad y de igual forma que estos filtros están influenciados por los mapas y se retroalimentándose mutuamente. Una parte importante de la terapia con PNL es hacernos conscientes de estos filtros y cuestionarlos para ser capaces de realizar el cambio.

Tabla 16. Filtros en PNL, Programación Neuro-lingüística.⁽⁵⁴⁾

Distorsión: Al malinterpretar una parte de la información sensorial recibida.
Generalización: Al transferir una conclusión desde una vivencia a otras.
Eliminación: Al prestar atención a una parte de información sensorial y suprimir otra.

La formación del mapa mental está compuesto por: el territorio, que es el mundo real, por las limitaciones neurológicas del sistema nervioso y de los sentidos, por los filtros de distorsión, generalización y eliminación. Así, se elimina información al no contar la historia completa, se hacen generalizaciones cuando se pasa de una experiencia a otra y se distorsiona la realidad cuando se focaliza en un aspecto de una experiencia y se cambia según sea lo que ocurre en el interior de cada persona. Además son importantes en la configuración del mapa mental las limitaciones sociales, el lenguaje, las convenciones, los prejuicios sociales y las limitaciones individuales.

Las limitaciones individuales están representadas por las representaciones internas, los hábitos, las pautas, la historia personal y las creencias.

Los **metaprogramas** son los programas internos que usamos para decidir a qué prestamos atención ya que la información generalmente se distorsiona, se borra y se generaliza para hacerla más manejable porque como ya hemos dicho la mente consciente solo puede prestar atención en cada momento a un volumen limitado de elementos.

De forma que los metaprogramas suministran la estructura al cerebro que determina a qué prestamos atención, qué conclusiones se obtienen de las experiencias y en qué dirección avanzar. Se proporciona la base sobre la que decidir si algo es beneficioso o es una amenaza, si es interesante o es aburrido.

De forma teórica existen diferentes metaprogramas que operan a lo largo de una escala que oscila entre dos preferencias: proactivo-reactivo, afrontar-eludir, interno-externo, opciones-procedimientos, genérico-específico, igualador-diferenciador.

No existe un metaprograma correcto o incorrecto, Se trata de utilizar varias combinaciones, dependiendo del contexto de la comunicación específica y del entorno en el que nos encontremos.

Bandler y Grinder se dieron cuenta de que al utilizar patrones de lenguaje similares, la sintonía entre dos personas era más profunda y rápida. De forma que los metaprogramas son una herramienta poderosa para compenetrarse verbalmente con el paciente al escuchar los patrones y al responder con el mismo patrón lo que facilitará la comunicación.

En PNL postula que existiría una **incongruencia** cuando los mensajes que una persona emite por medio de su sistema representacional no forme un bloque coherente con su conducta o emociones. Es decir la persona dice una cosa pero transmite otra, o se nota que siente otra. Aunque esto ocurre sin darse cuenta, lo va a hacer de forma inconsciente porque tiene mapas incompatibles acerca de una misma situación.

Esto suele ser consecuencia de tener partes internas en conflicto, y estas partes en conflicto intentan sabotearse entre sí. De forma que para conseguir la **congruencia** o estabilidad, es necesario identificar, clasificar e integrar las partes. La congruencia tendrá lugar cuando todos los canales del sistema representacional del individuo transmitan un mismo mensaje con mensajes compatibles.

Por lo que en PNL, con el fin de servir de catalizador al paciente, es importante establecer sintonía con él. La **sintonía** se presenta cuando se refleja o se comparte el comportamiento de otra persona en una diversidad de niveles: postural, gestual, lingüístico... Y una vez conseguido esta sintonía estamos en condiciones de **“leading”**, guiarle a otras opciones beneficiosas para él.

En PNL, el término **estado** se utiliza para hacer referencia al acto de observar y ser consciente de cómo se siente la persona en un momento dado.

Las herramientas de PNL que pueden ayudar a crear estados positivos para el individuo mismo conocen como *técnicas de anclaje*.

Daniel Goleman define a **la emoción** como un estado que nos mueve o nos dirige o inhibe y que afecta tanto a las cogniciones como a la conducta.

Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. Entre el sentir y el pensar, la emoción guía las decisiones, trabajando con la mente emocional y capacitando o incapacitando el pensamiento mismo. Las emociones están diseñadas para reforzar químicamente el mensaje en la memoria a largo plazo.

Una forma de realizar sutilmente y con suavidad esta guía es utilizar anclas. Un **ancla** es cualquier estímulo que da paso a un estado emocional diferente al que teníamos antes de que el ancla fuese accionada.

Existe diferentes tipos de anclas que pueden ser visuales, auditivas o kinestésicas. Todos los anclajes son asociaciones que se crean entre los pensamientos, las ideas, las sensaciones o los estados en que se encuentra el sujeto al ser anclado y un estímulo determinado que es el que desencadena que se produzca el anclaje en cuestión.

El anclaje por tanto también es un medio para garantizar el acceso constante a los mejores recursos, teniendo en cuenta que a través de ellos podemos obtener lo que necesitamos en cada momento de nuestra vida.

Un ancla es cualquier cosa que da acceso a un estado emocional concreto.

Se puede cambiar las representaciones internas o la fisiología en un momento para generar nuevos resultados, y esos cambios requieren un pensamiento consciente, ahora bien a través del anclaje se crea un mecanismo de funcionamiento seguro que se dispara automáticamente para crear el estado óptimo en cualquier situación.

Para concluir podemos resumir que para todo lo que realizamos existe un programa codificado (**Programación**) y ordenado en nuestro cerebro y sistema nervioso, a medida que este aprendizaje se refuerza, se va convirtiendo en un patrón de conducta (**Neuro**), todo comportamiento es resultado de una serie de productos neurológicos. Todo lo aprendido se almacena y se expresa mediante una red neuronal (**Lingüística**). La expresión de lo que ocurre en nuestro sistema nervioso, el lenguaje verbal y no verbal es lo que comunica al exterior y a uno mismo.

2.3.3. INTRODUCCIÓN A LA HIPNOSIS CLÍNICA. AUTOHIPNOSIS: Origen, concepto, estructura, neurofisiología, utilidad y evidencia clínica.

Origen:

La palabra Hipnosis deriva del griego, y ha sido utilizada ya desde la antigüedad en Grecia y Egipto. Sin embargo el origen de la Hipnosis moderna se remonta al siglo XVIII, se considera que su fundador fue Franz Anton Mesmer. Aunque fue James Braid, un neurocirujano escocés en el s. XIX quien acuñó el término de Hipnosis. El Dr. Milton Erickson constituye el representante más actual e importante de lo que hoy conocemos como Hipnosis Clínica Ericksoniana.

Concepto.

Debemos diferenciar entre estos dos conceptos. Mientras que la **Hipnosis** es un estado alterado de conciencia que se consigue a través de una focalización de la atención por medio de un proceso específico de inducción, la **Hipnosis Clínica** es una aplicación terapéutica de este estado de hipnosis, utilizándolo para apoyar otras terapias breves psicológicas, reforzando así la eficacia de dichas terapias⁽⁵⁵⁾. Así, la Hipnosis Clínica se convierte en una herramienta eficaz para ampliar los propios recursos internos, ya sean conscientes o no y modificar la experiencia subjetiva frente a un conflicto de forma que aumenta la capacidad de adaptación de una forma más creativa, eficaz y activa.

De cualquier forma no tenemos que olvidar que la Hipnosis Clínica es un método seguro, que aumenta el control del paciente y que es ante todo y siempre **auto hipnosis**.

Tabla 17. Mitos y miedos acerca de la Hipnosis.

No se pierde el control
No es dormir
No se cae inconsciente
No es un suero de la verdad
No es una lucha de voluntades entre el terapeuta y el paciente.
No precisa ninguna capacidad particular ni por parte del paciente ni por parte del terapeuta

Estructura:

En **el proceso hipnótico** podemos encontrar dos fases diferenciadas: la primera parte es la inducción cuyo objetivo es conseguir un estado natural y alterado de conciencia, a través de la concentración focalizada de la atención. Este método puede ser enseñado y/o auto inducido por el paciente, **auto-hipnosis**. En una segunda parte se guía al paciente a responder a sugerencias de cambio, previamente pactadas, en las percepciones, sentimientos, pensamientos y comportamientos.

La **sugestión** es una herramienta de comunicación que tiene la intención directa o indirecta de influir en un resultado o respuesta específico.

Existen diferentes tipos de sugerencias como son las ideomotoras: “Y cada vez que tomes aire tu mano será más y más ligera”, las ideosensitivas: “Y tu sabes cómo sentir sensaciones placenteras en tu piel...”, las ideocognitivas: “Y puede ser que recuerdes un momento especial en tu infancia...”, las ideoafectivas: “Algunas personas enrojecen enseguida cuando reconocen...”, y las sugerencias de reto: “Y cuando cuente cinco, tus ojos totalmente pegados e intentarás abrirlos pero no podrás”.

Las sugerencias a su vez pueden ser directas: “Cierra los ojos” o indirectas “Puedes recordar como en la escuela elevabas la mano para responder a una pregunta...”, positivas: “Puedes sentirte mejor cada vez que sueltas el aire” o negativas “Ni se te ocurra la idea de que podría haber otra solución para resolver...”, de proceso “Y puede ser que recuerdes un momento significativo en tu vida...” o de contenido “Imagínate en la playa, tumbada en la arena cálida y amarilla...” , permisivas “Puede ser que notes una mano más caliente...” o autoritarias “ Y cuando cuente tres cerrarás los ojos”.

La sugestión **post hipnótica** se utiliza para estimular determinados pensamientos, comportamientos y sentimientos en un contexto futuro.

Aunque es probable que el uso de sugerencias directas puedan efectuar una alteración del comportamiento del paciente y dar como resultado una mejoría sintomática al menos de forma temporal del síntoma no trae consigo una re-asociación, una reorganización de ideas, de compresiones y de recuerdos que son esenciales para una remisión completa del síntoma.

La Hipnosis clínica se basa en una serie de premisas como son: La ley de la atención concentrada que sugiere la idea que centrar la atención en un objetivo lleva a su realización. La ley del efecto contrario que dice que cuanto más se fuerce en realizar conscientemente una acción que es primariamente realizada por el subconsciente más difícil será, por ejemplo dormir. La ley del efecto dominante que enseña que una emoción fuerte siempre va a desplazar a una emoción débil.

En una sesión de Hipnosis se puede distinguir una determinada estructura que se explica a continuación: la introducción, la inducción o auto inducción en el caso de la auto hipnosis, la profundización, la terapia y la reorientación.

La **introducción** es una parte muy importante en toda sesión de Hipnosis y no debe ser descuidada si se quiere conseguir buenos resultados. En ella se explica la técnica, se disipan las dudas y los falsos mitos, se aumentan las expectativas de éxito y se establece un espacio terapéutico físico y psicológico. Es conveniente recibir al paciente y recoger su historia en un lugar o espacio diferente del sofá o camilla de relajación donde tendrá lugar la hipnosis para sugerir desde el principio que será allí, en ese espacio donde tendrá lugar ese estado especial de cambio. También durante la introducción es importante centrar el objetivo y pactar la o las sugerencias post hipnóticas que se vayan a realizar. De igual forma se asegurará que el paciente está cómodo, ha ido al baño, no lleva gafas ni chicle, no tiene frío ni calor...Y por último se manipulará cualquier ruido o distracción, anticipándolo, introduciéndolo y personalizándolo.

La **inducción**. Aunque existen muchas clases, la mayoría de ellas se pueden dividir en autoritarias o permisivas. Uno de los métodos más sencillos en un contexto clínico, es el estilo permisivo que se caracteriza por llevar al paciente a un estado de hipnosis por medio de una conversación tranquila, como la utilizada en la Hipnosis Clínica Ericksoniana donde a través de tonos sedantes se pueden describir imágenes mentales y se crean sensaciones de descanso, reposo, seguridad y bienestar.

El objetivo de la hipnosis es sugerir al paciente cambios experimentales en sus sensaciones, percepciones, pensamientos y comportamientos.

La inducción en hipnosis tiene como objetivo crear ese estado especial de focalización en la experiencia que le permita disociarse y responder a sugerencias a muchos niveles conscientes y subconscientes, descubriendo en su interior recursos que no sabía o que había olvidado que tenía.

La inducción y la profundización del estado hipnótico sirve para promover un estado psicológico especial en el que los pacientes para que puedan re asociar y reorganizar sus complejidades psicológicas internas y utilizar sus propias capacidades de una forma acorde para su propia vida.

La **profundización**, durante este proceso puede tener lugar diferentes fenómenos hipnóticos como son: la regresión, definido como la utilización experimental de la memoria. La reorientación al futuro, como la utilización experimental de las expectativas. La analgesia que definimos como una disminución de la conciencia de las experiencias kinestésicas. La catalepsia que es una inhibición del movimiento de la persona absorta. Las alteraciones sensoriales que son el resultado de un aumento o disminución de la conciencia sensorial dando como resultado alucinaciones negativas o positivas y la distorsión del tiempo.

Tabla 18. Fenómenos hipnóticos en Hipnosis Clínica.

Catalepsia
Actividad ideo motora o sensorial
Amnesia
Disociación
Híper-amnesia
Regresión
Revivificación
Reorientación. Progresión al futuro
Analgesia. Anestesia
Alucinación: Positiva y/o negativa
Distorsión temporal

Existen signos de reconocimiento físico que indican a que nivel de profundización hipnótica se encuentra el paciente. Hay tres niveles básicos, el estado leve, el estado medio y el estado profundo. El 90% de la población tiene la capacidad de acceder a un estado leve de hipnosis que se reconoce porque se enlentece la respiración, se traga con más frecuencia, los músculos faciales se relajan y aparecen movimientos rápidos detrás de los párpados cerrados. Un 70% de la población es capaz de acceder a un estado medio de profundización, que se reconoce por la aparición de una disminución del tono, la mandíbula se relaja, la cabeza se hunde sobre el mentón, aparece sensaciones de analgesia parcial, de disociación...Hasta un 10 % de la población es capaz de acceder a estados profundos de hipnosis, que se reconocen por la aparición de catalepsia y sonambulismo.

La **terapia**. Este es el momento mas importante donde se aplica las técnicas de psicoterapia apropiadas para el paciente, una vez que el individuo se encuentra en un estado de hipnosis adecuado.

Es importante que el terapeuta este preparado a acompañar al paciente en caso de que tenga lugar alguna liberación emocional o catarsis tratándola adecuadamente. Esto se consigue animando al paciente a experimentar la emoción pero teniendo cuidado de disociarle para no re traumatizarle y re encuadrando la situación.

Tabla 19. Lenguaje hipnótico en Hipnosis Clínica, según Milton Model.

Adivinar la mente	"Y seguro que te sientes bien ahora..."
Juicio sin dueño	"Es importante ser capaz de recordar cosas fácilmente..."
Causa-efecto	"Y cada vez que respiras, estás más relajado"
Equivalencia compleja	"Respiras profundamente, lo que significa que profundizas aun más..."
Presuposición lingüística	"Y apuesto que puedes hacerlo incluso mejor"
Cuantificación universal	"Cada día trae nuevas oportunidades"
Reglas de actuar	"Podrías aprender esto ahora fácilmente"
Nominalizar	"Permítete date cuenta de esta nueva emoción"
Verbos inespecíficos	"Me gustaría que aprendieses..."
Preguntas finales	"¿verdad?"
Falta referencial	"La gente aprende..."
Simples eliminaciones	"Estoy confundido..."
Eliminaciones comparativas	"Yendo cada vez más profundo y profundo..."
Describir experiencia actual	"Y mientras escuchas mi voz, y te das cuenta de cómo apoya tu cuerpo..."
Doble ciego	"Y quieres empezar ahora o un poco más tarde"
Postulados conversacionales	"Sería fantástico sentirse tan bien..."
Cuotas extendidas	"Encontré una vez a un paciente que sabía cómo..."
Restricción selectiva	"Escucha lo que tu interior tiene que decirte"
Ambigüedad	"La gente excelente puede ser difícil de..."
Utilización	"Y aunque no sepas como, está bien porque es tu mente subconsciente quien tiene..."

La reorientación, conviene repetir la sugestión post hipnótica en este momento, justo después de avisar al paciente de que en unos minutos va a ser reorientado de nuevo al presente.

Neurofisiología:

Numerosos estudios demuestran que la neurofisiología de la Hipnosis clínica y la meditación profunda es similar. En ambos existe una inhibición cortical así como una evidencia de que las ondas en el electroencefalograma se enlentecen, apareciendo ondas theta. Estas ondas theta son más prominentes en la zona del córtex frontal y especialmente en el área cíngular anterior, lo que también aparece en los estudios de neuro imagen, donde se observan más perfundidos.

La Dra. Crawford⁽⁵⁵⁾, demostró que bajo hipnosis existe un descenso de potenciales relacionados con eventos somato sensoriales como el dolor lo que sugiere que existe un proceso inhibitorio del córtex cíngular anterior, área que se activa ante el estímulo doloroso.

Utilidad y evidencia clínica⁽⁵⁶⁾:

La Hipnosis es una intervención clínica valiosa en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes. Asimismo, la eficacia de la Hipnosis está bien establecida en diversas aplicaciones clínicas, especialmente en el manejo del dolor y otras condiciones médicas, existiendo evidencia aceptable de su eficacia en el tratamiento de la depresión, los trastornos del sueño, el dejar de fumar, la obesidad, el asma y la enuresis infantil. En general, y tal como indica el meta-análisis llevado a cabo por Flammer et al⁽⁵⁷⁾ para estudiar la eficacia de la hipnosis utilizada como única intervención, se ha mostrado una eficacia media para el tratamiento de los trastornos psicológicos recogidos en la CIE-10. Y esta eficacia aumenta si se utiliza la Hipnosis Clínica como una herramienta para la profundización en el mundo interior psicológico de la efectividad de otras terapias psicológicas conocidas y estudiadas con amplitud como son la Terapia Cognitivo Conductual, Gestalt etc.

También existen estudios en los que la hipnosis ha sido utilizada con éxito en numerosas situaciones como son la ansiedad⁽⁵⁸⁾, la depresión y sus recaídas⁽⁵⁹⁾, el post-estrés traumático⁽⁶⁰⁾, el dolor⁽⁶¹⁾, el insomnio⁽⁶²⁾ y muchos otros trastornos médicos y psicológicos.

2.3.4. Relaciones, similitudes y diferencias entre el Mindfulness, la Hipnosis Clínica y la Programación Neuro-lingüística.

Una vez introducido brevemente estas tres técnicas, se analizan primero las relaciones de similitud que mantienen estos tres métodos y posteriormente sus diferencias.

Tabla 20. Similitudes entre Mindfulness, Hipnosis Clínica y PNL, Programación Neuro-lingüística.

	Mindfulness	Programación Neuro-lingüística	Hipnosis Clínica
Concepto	Autorregulación de la atención en el momento presente	Modela la experiencia subjetiva	Focalización de la atención. Proceso de inducción
Neurofisiología	Estímulos abajo-arriba desde órganos sensoriales SODA: si observas desconectas la automaticidad	Información sensorial Activa el SAR (sistema de activación reticular)	Inhibición córtex frontal y cíngular anterior
Estructura	-Regulación de la atención en el presente. -Apertura y aceptación sin juicio.	Percibe el mundo Sistema Representacional (visual, auditivo, kinestésico) Filtros (eliminación, distorsión, generalización)	-Inducción. Focalización de la atención -Profundización -Sugestión de cambio
Estudios	Ansiedad Depresión Cáncer Dolor	Comunicación clínica	Ansiedad ^(63,64) Depresión, trauma ^(65,66) Cáncer ⁽⁶⁷⁾ Dolor ^(68,69)

Una de las principales similitudes entre todas estas técnicas es que trabajan desde la subjetividad del paciente ya que todas ellas promueven procesos experimentales.

Como se indicó al comienzo del capítulo estas técnicas podrían estar incluidas dentro de las terapias de tercera generación cuyo objetivo primordial es promover el cambio y la aceptación de la experiencia.

La mente parece poseer la capacidad de transformar la experiencia subjetiva de una manera que a la parte lógica de la parte mente. Integrar una nueva información o una nueva experiencia puede ser la puerta de acceso al cambio.

Como concepto el Mindfulness, la Hipnosis Clínica y la Programación Neuro-lingüística animan a los pacientes a concentrarse en el momento presente ya sea de forma estrecha o amplia, externa o interna, concreta o abstracta, para acceder a una mayor consciencia tanto de los procesos internos como de los sucesos externos.

Los avances en la neurociencia parecen aportar datos positivos a favor de cambios estructurales neurológicos tanto en el Mindfulness como en la Hipnosis Clínica pareciesen producir cambios en la génesis neuronal, en su crecimiento y en sus sinapsis a través de la vivencia de nuevas experiencias en un proceso adaptativo de nuestro cerebro llamado neuro-plasticidad. Sabemos por estudios epigenéticos que nuestros genes no son inmóviles y que nuestras experiencias vitales pueden modificar el cómo van a expresarse nuestros genes.

De esta forma la capacidad de la persona de transformar su habilidad de prestar atención a través de sus sentidos, su fisiología y sus estados emocionales, así como sus reacciones a sus experiencias vitales puede cambiar como resultado sus cerebros incluso como hemos comentado en un plano físico.

En estructura el Mindfulness tiene una base hipnótica en su uso de la concentración, la sugestión y la disociación y comparten muchas de sus técnicas.

Todas estas técnicas utilizan instrumentos que enseñan a los pacientes a asociar e integrar ideas, sentimientos y conductas de forma positiva para mejorar su experiencia.

Durante el proceso de la Hipnosis Clínica⁽⁷⁰⁾ se crea una expectativa positiva de cambio donde se facilita la modulación de la experiencia, la flexibilidad y el encuadre de la situación problema, pero lo que posee un potencial sanador no es el proceso de Hipnosis en sí, sino el contenido. Lo que puede ocurrir durante la sesión es que se abra una ventana a la posibilidad de establecer nuevas asociaciones, nuevas herramientas, nueva conciencia, conectando a las personas con nuevos recursos. Algo muy similar ocurre con el Mindfulness.

Quizás aparentemente podría decirse que la principal diferencia entre las tres técnicas sea su objetivo. Mientras que el propósito de la Hipnosis Clínica es crear un contexto en el que el cliente pueda focalizar y explorar nuevas posibilidades, tomando conciencia de nuevas opciones para transformar su experiencia, hacia una dirección concreta y la PNL trabaja desde el inicio hacia la creación de un modelo que sirva para conseguir un objetivo concreto a través del cambio de las representaciones internas basadas en las percepciones sensoriales, el Mindfulness muestra como vivir el momento y experimentarlo promoviendo la aceptación y la compasión.

La aceptación⁽⁷¹⁾ es la disposición a experimentar eventos mentales: pensamientos, emociones, recuerdos sin evitarlos o permitir que influyeran en la conducta indebidamente. Existen diferentes fases en el proceso de aceptación⁽⁷²⁾ que promueve el Mindfulness que son: la aversión-evitación y enredamiento, la curiosidad y la orientación hacia el malestar, la tolerancia a permitir el dolor en el tiempo, la disposición a tolerar sin resistencia, la comprensión a encontrar sentido y el valor de la experiencia.

Cuando se trabaja el Mindfulness⁽⁷³⁾ dentro de un contexto clínico, es fácil reconocer un objetivo claro y concreto en la terapia, una intención que subyace en todo el proceso, ya se esté utilizando con un propósito ansiolítico, analgésico etc.

Marsha Linehan⁽⁷⁴⁾ psicóloga que integra Mindfulness con DBT (Terapia dialéctica conductual), habla de dos tipos de Mindfulness, uno espiritual y otro no espiritual, ambos promueven la aceptación y el cambio, sin embargo el Mindfulness aplicado en un contexto clínico es diferente del despertar que proclama el Mindfulness más espiritual.

Tanto el Mindfulness, la Hipnosis clínica y la PNL promueven la creación de una distancia emocional entre los pacientes y el problema, favoreciendo un tipo de control secundario al ayudarles a cambiar las percepciones que tienen sobre sus dificultades. En la Hipnosis Clínica el objetivo primordial no es sólo observar y aceptar lo que ocurre sino incidir en las sugerencias de cambio para alcanzar una re organización e integración interna del psique del paciente.

La forma de comunicación del Mindfulness es similar a una inducción hipnótica permisiva, con el uso de sugerencias de contenido y otras sugerencias más abiertas de proceso, donde se guía directamente el imaginario del paciente.

La Hipnosis es un estilo de comunicación que asciende y se concentra en un estado muy alto de generalización mientras que el Meta-modelo del PNL por el contrario, desciende y se concentra en detalles muy específicos.

Si se compara el mecanismo de cambio en Mindfulness según el modelo de Manssell et al⁽⁷⁴⁾ con la Hipnosis Clínica encontramos múltiples similitudes: un cambio en la función del estímulo de las experiencias internas al cambiar cómo se relaciona con la experiencia interior, favoreciendo el distanciamiento, el descentramiento, la disfunción cognitiva, la exposición interoceptiva y la aceptación o integración de la experiencia.

De forma que es fácil comprender como estas técnicas interfieren positivamente con las creencias meta-cognitivas patológicas como son la cavilación, la supresión del pensamiento, la atención focalizada, los sesgos en la memoria autobiográfica, procesos que son en su mayoría formas de evitación experiencial.

Es fácil concluir que estas técnicas comparten un objetivo experiencial, una base neurofisiológica y una estructura de trabajo, por lo que fácilmente pueden unirse en un nuevo enfoque integrador consciente y subconsciente del cuerpo, la mente y las emociones.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis de investigación:

1. La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti estrés puede disminuir los casos de trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos de los/las pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico.
2. La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti estrés puede disminuir los síntomas de ansiedad y depresión de los/las pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico.
3. La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti estrés, puede mejorar la percepción del estado de salud y de la calidad de vida de los/las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico.
4. La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti estrés, puede aumentar la confianza y satisfacción en el control de las demandas físicas y psíquicas del proceso de los/las pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico.

3.2. Objetivo general:

- Disminuir los síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico adyuvante, mediante la aplicación de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica.

3.3. Objetivos específicos:

1. Mejorar la percepción del estado de salud y calidad de vida de los/las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico.
2. Favorecer un papel activo del paciente en su recuperación a través del aprendizaje de técnicas anti-estrés que pueden ser auto administradas y compartidas con la familia.
3. Aumentar el control de los/las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico sobre la gestión emocional de las demandas físicas y psíquicas de su proceso a través de técnicas anti estrés.

4.PACIENTES Y METODOLOGÍA

4.1. Metodología: Pacientes.

4.1.1. Descripción de la muestra.

Para acceder a la muestra de pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama que participó en el proyecto de investigación de esta Tesis Doctoral se estableció contacto con el Jefe del Departamento de Oncológica Radioterápica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza y su equipo médico. Se decidió que la muestra se obtendría de la consulta de Oncología Radioterápica encargada de visitar a los pacientes pendientes de iniciar tratamiento adyuvante tras la cirugía.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: casos y controles. Y cada paciente fue identificado con un número una vez admitido en el proyecto.

Los participantes que fueron admitidos en el proyecto debían cumplir los criterios de inclusión y exclusión del mismo.

Estos fueron los criterios de este proyecto de investigación.

Criterios de inclusión:

- Haber sido diagnosticado/a de cáncer de mama pendiente de tratamiento adyuvante.
- Estar de acuerdo y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estar diagnosticado/a previamente de Trastorno mental grave.
- Deterioro cognitivo en > 65 años. Mini examen cognitivo: MEC < 24.
- Rechazar participar en el estudio.

Se excluyó del proyecto a los mayores de 65 años con deterioro cognitivo ya que para beneficiarse de la sesión de intervención anti-estrés se precisaba poseer de una buena capacidad de atención, memoria y de ser capaz de procesar la información recibida.

Tampoco se incluyó en el proyecto a los pacientes que habían sido diagnosticado de un trastorno mental grave según el CIE-10 previo al inicio del estudio porque formalmente tanto en Mindfulness como en Hipnosis Clínica se considera una contraindicación relativa trabajar con pacientes psicóticos a no ser que se pueda seguir estrechamente al paciente en cada intervención, lo que en este caso no era posible debido al diseño del proyecto. Sin embargo, existen estudios que animan a los investigadores a extender estas técnicas a pacientes psicóticos⁽⁷⁵⁾.

Probablemente los pacientes con trastornos depresivos mayores puedan beneficiarse de estas terapias de forma individualizada y con supervisión estrecha del equipo de psiquiatría para contener el riesgo de descompensación durante la terapia.

Igualmente es muy plausible que las personas mayores con deterioro cognitivo leve-moderado pudiesen beneficiarse de estas técnicas de una forma individualizada, simplificada y supervisada.

4.1.2. Selección de la muestra.

El tamaño de la muestra fue estimado en proporción al volumen habitual de nuevos pacientes pendientes de radioterapia adyuvante al mes en el Servicio de Oncología Radioterápica que se esperaban fuesen citados a consulta de Radioterapia como primera visita.

Estimando la tendencia estadística de los meses previos se consideró que con alta probabilidad serían cinco los pacientes-semana que cumplirían con los criterios de este proyecto de investigación.

Se añadió un margen numérico extra de seguridad para excluir a aquellos pacientes que pudiendo cumplir con los criterios, no estuviesen interesados en participar en el estudio.

Sabiendo que el tiempo de recogida de datos sería de marzo a septiembre del 2015, se estimó un tamaño muestral de setenta pacientes, de los que treinta pertenecerían al grupo intervención y los otros treinta al grupo control. De forma que secuencialmente serían asignados al grupo intervención y al grupo control según orden de llegada a la consulta de Radioterapia Oncológica como nuevos pacientes pendientes de evaluación para iniciar su tratamiento con radioterapia adyuvante.

4.2. Metodología: Instrumentos de evaluación.

4.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos y entrevista inicial.

En este cuestionario^(anexo1) se registraron los datos de los participantes referidos a la edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral actual y teléfono de contacto.

Para desarrollar la entrevista inicial, se partió de un formato de entrevista semi-estructurada. En ella se recogieron datos sobre diferentes áreas de la vida del paciente: la historia y situación actual de su diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, su estado emocional y social actual, experiencias previas de técnicas anti-estrés, forma en la que se relajan habitualmente y si en ese momento estaban diagnosticados y/o tratados con psicofármacos de ansiedad y/o depresión, produciendo la exclusión de los pacientes que tenían un diagnóstico conocido de trastorno psiquiátrico grave como por ejemplo esquizofrenia.

4.2.2. Cuestionarios de ansiedad-depresión.

4.2.2.1 EADG: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols⁽⁷⁶⁾.

El cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G en su versión en castellano fue validada por Monton C. y cols⁽⁷⁷⁾.

La E.A.D.G. es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia para la detección de los probables casos de trastornos de ansiedad y/o depresión. Además constituye un instrumento de evaluación de la gravedad y evolución de estos trastornos.

El cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G, consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos con respuesta dicotómica (SI/NO); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada y se puede intercalar en la entrevista clínica, el tiempo referido son las dos últimas semanas previas al cuestionario.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje ≥ 2 en la subescala de ansiedad y ≥ 1 en la subescala de depresión. Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad o ≥ 2 para la escala de depresión. Como cualquier instrumento de su género, el E.A.D.G^(anexo4) está diseñado para detectar “probables casos” no para diagnosticarlos.

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, así como su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, han hecho que sea una escala ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos.

Validez y fiabilidad:

En el estudio de validación mostró las siguientes propiedades psicométricas, una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%, Considerando cada una de las subescalas, la de la depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo más bajo, un (66%) de los pacientes con trastorno de ansiedad.

Por otra parte, la validez convergente de la E.A.D.G., con otros instrumentos de cribado de amplia difusión como el GHQ-28, el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) es alta.

Grado de recomendación: A.4.2.2.2 HADS. Hospital Anxiety-Depression Scale.

HADS. Por Zigmond y Snaith⁽⁷⁸⁾.

El cuestionario de HADS en su versión en castellano fue validada por Tejero y al.⁽⁷⁹⁾ y López-Roig et al.⁽⁸⁰⁾ la validó para la población oncológica española.

El HADS^(anexo5) es una escala de 14 ítems desarrollada para ofrecer una medida de ansiedad-depresión en pacientes ambulatorios y evitar la contaminación de factores físicos.

Consiste en dos subescalas, una subescala mide la ansiedad y la otra mide la depresión, escalas que se evalúan de forma separada.

Cada ítem es medido desde el 0 al 3, así que en cada escala los valores van del 0 al 21. Medidas más altas indican niveles mayores de depresión o ansiedad.

Del 0 al 7 se considera normal, del 8 al 10 leve estado, del 11 al 14 moderado, y del 15 al 21 severo.

Es un test rápido que sólo cuesta de 3 a 4 minutos en completarlo.

Validez y fiabilidad:

Zigmond y Snaith (1983), en la derivación y validación del cuestionario, estudiaron una muestra de 100 pacientes médicos a los que se diagnosticó la presencia de ansiedad y depresión, mediante entrevista psiquiátrica. La dimensión de Ansiedad fue un 1% de falsos positivos y un 1% de falsos negativos. Para la dimensión de Depresión, estos valores ascendieron al 5% y al 1%, respectivamente.

El estudio de adaptación al español se efectuó con una muestra de 66 pacientes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio por diferentes diagnósticos, según el DSM-III. El coeficiente alfa de Cronbach calculado fue de 0,80 para cada una de las subescalas.

Grado de recomendación: B4.2.3. Cuestionarios de impacto psico-social.4.2.3.1 Láminas COOP-WONCA.

Láminas COOP-WOOP por Darmouth COOP Functional Health Assesment Charts/Wonca⁽⁸¹⁾.

Validada en España por Lizán⁽⁸²⁾.

Es una medida desarrollada originariamente en los EEUU en los años 80 para valorar el estado de salud global funcional, es decir, el bienestar físico, emocional y social de los pacientes en atención primaria.

En 1988 un Comité de la WONCA revisó las “COOPS Charts” y decidió reducirlas a 6 láminas fijas y una opcional, la del dolor.

Cada lámina^(anexo7) tiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las 2 últimas semanas, y cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida.

Las láminas han de administrarse al paciente siempre en el mismo orden: capacidad física, sentimientos, actividades diarias, actividades sociales, cambios de salud, salud global y dolor.

Hay cinco categorías de respuesta para cada ítem, que están ilustradas por un dibujo que representa el correspondiente nivel de bienestar o función. La puntuación para cada dimensión va del 1 al 5.

Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional en la dimensión evaluada.

Validez y fiabilidad:

El cuestionario demostró tener una buena validez aparente ante una muestra de estudiantes de medicina en España. La consistencia interna de las láminas COOP/WOOP fue evaluada mediante el cálculo de alfa de Cronbach, con un resultado de 0,77. Este instrumento ha experimentado un desarrollo de adaptación cultural y validez española muy importante que lo hacen uno de los instrumentos de aplicación mejor validados.

Grado de recomendación: A

4.2.3.2 IBP. Índice de Bienestar psicológico.

The General Well-Being Adjustment Scale por Croog y cols.⁽⁸³⁾.

Ha sido traducida y adaptada al español con el nombre de Índice de Bienestar Psicológico por Badía y cols.⁽⁸⁴⁾.

El índice de Bienestar Psicológico^(anexo6) incluye 22 ítems agrupados en 6 dimensiones que son; la ansiedad, la depresión, el estado de ánimo positivo, la vitalidad, el autocontrol y la salud general.

Cada ítem puede ser respondido en una escala Likert con 6 categorías de respuesta que representan diferentes grados de intensidad o frecuencia del ítem en la última semana.

La puntuación puede ir de 22 puntos que se correlaciona con grave malestar a 132 que define bienestar positivo, y también pueden obtenerse puntuaciones para cada dimensión.

Así que las puntuaciones indicarían: Del 0 al 60 malestar grave, del 61 al 72 malestar moderado y del 73 al 132 bienestar positivo.

Es un cuestionario pensado para ser auto administrado.

Validez y fiabilidad

Se administró el cuestionario a dos grupos de 54 pacientes: hipertensos y con insuficiencia renal terminal que precisaban hemodiálisis. Se estudió la validez correlacionando la puntuación obtenida en el IBP con otras escalas de medida de la calidad de vida como son el cuestionario general de Goldberg de 12 ítems (GHQ-12) y con la dimensión psicosocial del perfil de las consecuencias de la enfermedad (PCE). Las correlaciones medidas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, fueron de -0,71 con el GHQ y de -0,69 con el PCE, considerando las puntuaciones totales del cuestionario.

Grado de recomendación: A.

4.2.4. Otros cuestionarios utilizados.

4.2.4.1 MEC. Mini examen cognoscitivo.

Mini Mental State Examination por Folstein⁽⁸⁵⁾, ha sido validado en su versión española por Lobo⁽⁸⁶⁾ con el nombre de MEC: Mini examen cognitivo.

El MEC^(anexo8), se trata de un test de cribado de deterioro cognitivo, útil también para el seguimiento.

Los ítems del cuestionario están agrupados en cinco apartados que miden: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción.

El punto de corte para deterioro cognitivo se establece en <24 puntos.

Siendo 35 puntos el máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores

Validez y fiabilidad

El MEC cumple criterios de «factibilidad», «validez de contenido», «de procedimiento» y «de construcción»⁽⁸⁷⁾.

Grado de Recomendación: A

4.2.4.2 Escalas Likert.

Escala Likert ⁽⁸⁸⁾ Validadas al español por Muñoz-Berrio ⁽⁸⁹⁾.

La escala Likert^(anexo9) está recomendadas para medir las actitudes y el conocimiento hacia el cuidado de la salud.

Para su valoración se sigue una escala ordinal del 1 al 5 donde: 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni en acuerdo ni desacuerdo, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo.

Validez y fiabilidad.

La metodología de las escalas Likert han sido validadas rigurosamente⁽⁸⁹⁾.

Grado de Recomendación: A

4.3. Procedimiento.

4.3.1. Diseño: Tipo de estudio.

La presente Tesis de investigación fue un estudio de intervención sobre un grupo de pacientes comparativo con un grupo control.

El proyecto de Tesis fue evaluado en febrero del 2015 como un estudio de investigación aleatorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) y por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

El estudio y su consentimiento informado fueron aprobados por ambos departamentos, certificando que cumplía con los requisitos de Investigación Biomédica necesarios para la realización de un proyecto de investigación médica en Aragón.

En esta investigación se llevó a cabo un diseño experimental de intervención aleatorizada con dos medidas repetidas (pre-test y post-test) inter-sujetos.

El grupo intervención recibió el programa de tratamiento propuesto en esta tesis doctoral que consta de dos partes, una sesión individual y presencial, y un audio de refuerzo para casa durante las seis semanas siguientes a la intervención.

El grupo control no recibió ningún tratamiento extra al suyo habitual. La autora de la Tesis se comprometió a facilitar el audio de las técnicas anti estrés a todas las pacientes del grupo control que desearan recibirlo por email tras la evaluación post test.

Tanto el grupo experimental como el grupo de control siguieron con su tratamiento psicológico y farmacológico habitual.

4.3.2. Tipo de variables.

4.3.2.1 Variables demográficas y clínicas.

Las variables demográficas^(anexo 1) recogidas en el estudio fueron: edad, número de hijos, estado civil, situación laboral y la variable clínica recogida fue el estadio diagnóstico del cáncer de mama en cada paciente así como su plan terapéutico.

También son recogidos los antecedentes psiquiátricos y el tratamiento psicofarmacológico previo al inicio del estudio.

4.3.2.2 Variable independiente.

La variable independiente fue la intervención anti-estrés propuesta en este proyecto de investigación^(anexo10).

Por tanto existieron dos condiciones experimentales diferenciadas: al grupo intervención se le trató con la sesión individualizada y presencial y la entrega de audios de refuerzo para casa^(anexo 11,12), constituyendo el grupo intervención y al otro grupo no se le aplicó ningún tratamiento constituyendo el grupo control.

Para poder ser evaluados todos los sujetos del grupo intervención dentro estudio debieron haber asistido a la sesión individual y presencial de anclaje.

4.3.2.3 Variables dependientes.

1. Impacto del nivel de síntomas de ansiedad y depresión a través del cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg, EADG, en el grupo control y el grupo intervención pre y post intervención.
2. Impacto del número de casos de probable trastorno de ansiedad y/o trastorno de depresión medido a través del cribaje del cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg, EADG, en el grupo control y en el grupo intervención pre y post intervención.
3. Estado de calidad de vida percibido a través de las láminas COOP-WONCA que mide las siguientes áreas: capacidad física, sentimientos, actividades diarias, actividades sociales, cambios en el estado de salud, salud global percibida y dolor. Medido en el grupo control y el grupo intervención pre y post intervención.
4. Impacto del número de casos de probable trastorno de ansiedad y trastorno de depresión a través del HAD (Hospital Anxiety Depression) en el grupo intervención, prueba confirmatoria o de diagnóstico, pre y post-intervención.
5. Estado de calidad de vida percibido a través de IBP (Índice de Bienestar Psicológico) en el grupo intervención, prueba confirmatoria o de diagnóstico, pre y post-intervención.
6. Variables dependientes de respuesta: satisfacción del paciente, Escala Likert.

Tabla 21. Variables del estudio

Variables independiente		Puntuación	Evaluación
	Intervención		Sesión presencial
Variables dependientes			
Ansiedad			
	EADG ansiedad	(0-9)	Caso ≥ 4
	HAD ansiedad	(0-21)	Caso ≥ 8
Depresión			
	EADG depresión	(0-9)	Caso ≥ 2
	HAD subescala depresión	(0-21)	Caso ≥ 8
Calidad de vida			
	COOP-WONCA	(5-35)	
	IBP	(6-132)	
Deterioro cognitivo	MEC	<24	Para >65
Satisfacción	LIKERT	(1-5)	

4.3.3. Fase de evaluación pre test.

Todos los pacientes fueron evaluados en la consulta de Oncología Radioterápica, tras haber sido citados como nuevos pacientes pendientes de iniciar tratamiento radioterapéutico adyuvante.

4.3.4. Fase de Aplicación.

Al grupo intervención se le citó para realizar la primera parte de la terapia anti-estrés propuesta en este proyecto de investigación durante una sesión individualiza y presencial.

La sesión de una hora de duración, fue guiada y creada por la autora de esta tesis que está formada y trabaja desde hace años con técnicas anti-estrés de integración basadas en REBT (Terapia Cognitivo Conductual Emocional), Mindfulness, Hipnosis Clínica y PNL (Programación Neuro-Lingüística).

Los audios de refuerzo para el paciente en casa estuvieron inspirados en el trabajo de Lynda Hudson⁽⁹⁰⁾ y la intervención supervisada por Melissa Tiers⁽⁹¹⁾.

La sesión se realizó en una consulta del Departamento de Oncología Radioterápica en la planta sótano del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, en horario de tarde durante los meses de marzo a septiembre del año 2015.

Protocolo conceptual de la intervención.

La intervención se puede dividir de forma conceptual y esquemática en varias fases:

- Inducción permisiva: Proceso de regulación atencional.

Se basa en dos técnicas de Mindfulness conocidas como: **“espacio de la respiración de tres minutos”** y **“escáner corporal”**. En esta fase se recoge la estructura básica de la práctica del Mindfulness que es: detenerse y recogerse en uno mismo, observar la experiencia y regresar al momento presente utilizando la respiración y el cuerpo como anclaje. De esta forma puede permitirse regresar al cuerpo o a la respiración como ancla si la mente divaga hacia el pasado o hacia el futuro.

- Profundización.

Se basa en una técnica de auto-hipnosis y “la metáfora de la ventana” que estimula la capacidad de la paciente de aceptar el sufrimiento primario que consiste en la experimentación de emociones y sensaciones desagradables, aprendiendo a distanciarse de ellas lo que reduce el sufrimiento secundario que se puede definir como las elaboraciones y reacciones fisiológicas que experimenta la paciente como respuesta automática a los eventos internos en forma de imágenes, emociones etc.

- Terapia:

Se basa en la sugestión post hipnótica (Hipnosis Clínica) y en la técnica de anclaje descrita en Programación Neuro-lingüística (PNL). De forma que el objetivo es crear un clima de calma interior, relajación y control. Este estado óptimo es anclado a un movimiento específico de presión de los dedos de la

mano, en la sesión individual y se refuerza cada vez que la paciente escucha el audio o practica mentalmente el ejercicio en su casa (auto-hipnosis). Con ello conseguimos que este equilibrio interno de salud se convierta en una respuesta automática, a la vez que la paciente aprende a acceder a él en cualquier situación en la que precise un extra de calma, relajación y control.

- Reorientación al futuro.

Se utiliza una técnica de visualización guiada⁽⁹²⁾ y reestructuración cognitiva conductual y emocional para enfrentar situaciones difíciles junto a una desensibilización de los posibles desencadenantes generadores de tensión.

- Reorientación al presente.

Utilizaremos sugerencias directas (auto-hipnosis) de confianza, seguridad y control en los propios recursos de la paciente.

4.3.5. Fase de evaluación post-test.

La fase de evaluación post-test se realizó entre la cuarta y la sexta semana después de la intervención individual. Se consideró que el tiempo medio que precisaba el cerebro para resetearse y automatizar una nueva conducta era de 66 días⁽⁹³⁾.

A ambos grupos se les evaluó con dos test similares, uno de cribaje de ansiedad-depresión, el EADG y otro general de calidad de vida COOP-WONCA antes y después del periodo de intervención del proyecto.

Para reforzar y confirmar los resultados del proyecto en los pacientes del grupo intervención se evaluaron también pruebas confirmatorias o diagnósticas como: el HAD para la ansiedad-depresión y el IBP para la calidad de vida.

Para finalizar al grupo intervención se le invitó a responder a una escala Likert de del 1 al 5, donde 5 era la máxima satisfacción con el programa a la vez que se medía el grado de utilidad de las técnicas aprendidas, así como si recomendarían el estudio a otros pacientes que estuviesen en su misma situación.

5. RESULTADOS

5.1. Algoritmo resumen de participantes.

A continuación se presentan los resultados de este estudio.

En primer lugar, se realizaron **los análisis descriptivos** de las variables sociodemográficas de la muestra de estudio.

En un segundo lugar, se realizaron **los análisis descriptivos de comparación** entre el grupo intervención y el grupo control.

En un tercer lugar, se realizaron **los análisis de evaluación de la intervención** del grupo intervención antes y después de la misma, mediante pruebas de comparación de medias t de Student para datos apareados.

En un cuarto lugar se realizó **la evaluación comparativa** del grupo intervención en relación al grupo control, mediante pruebas de t de Student para datos independientes y ANOVA.

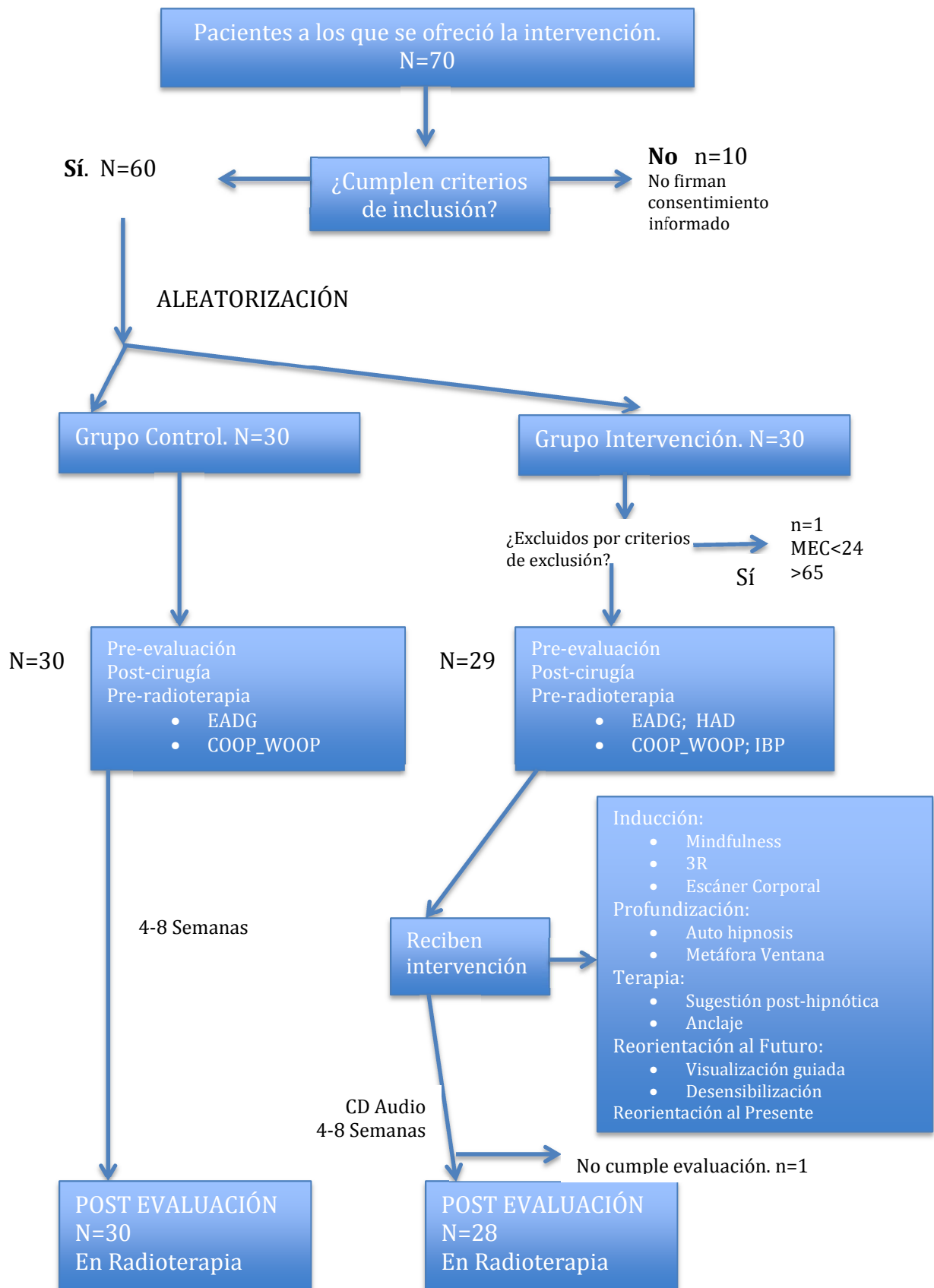
Y para finalizar, se realizaron tres **análisis multivariante**, de ansiedad, depresión y calidad de vida y su relación correspondiente con el resto de las variables del estudio.

El objetivo era evaluar los factores relacionados con la ansiedad, la depresión y la calidad de vida, mediante un procedimiento que permitiera estimar dichos efectos de forma ajustada y controlando posibles factores de confusión.

Los análisis estadísticos se han realizado con el Programa de Análisis de Datos SPSS para Windows, en sus diferentes versiones: 11.0 Las gráficas se han creado con el programa Excel 2011 de Microsoft Office.

Este es el **algoritmo de participación** de los pacientes en este proyecto de investigación.

Figura 22. Algoritmo de participación de los pacientes en el estudio.



5.2. Características descriptivas de la muestra conjunta.

Los pacientes a los que se les ofreció iniciar el proyecto fueron 70. De los que 10 rechazaron participar. Algunas de las razones dadas para no participar en el estudio fueron: vivir fuera de Zaragoza, ser demasiado mayores, no entender de ordenadores y “no tener tiempo”.

Como se puede ver en la [tabla nº 23](#), fueron 60 los sujetos interesados en formar parte del estudio. Una vez realizada la entrevista de evaluación inicial para ver si cumplían los criterios del estudio, en el grupo intervención, uno de ellos fue excluido por ser mayor de 65 años y puntuar menos de 24 en el MEC, test de cribaje para deterioro cognitivo y otro de ellos fue excluido en la fase de evaluación por no llegar a completar los cuestionarios post test.

Tabla 23. Distribución de los sujetos que se interesaron por participar en el estudio.

	N
Interesados	60
Realizan entrevista de evaluación	60
No cumplen criterios	1
Cumplen criterios	58
No complementa los cuestionarios de evaluación	1

5.2.1. Análisis demográfico de la muestra:

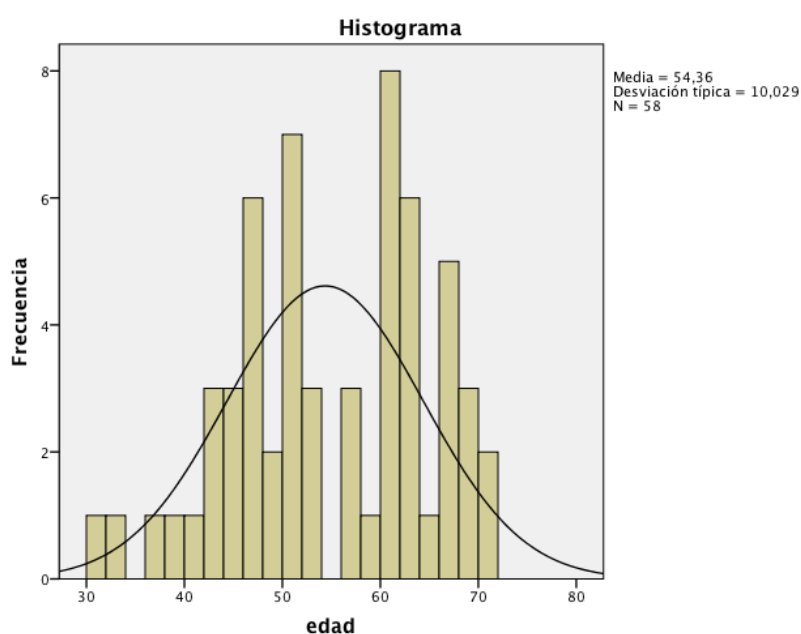
Para poder realizar las pruebas de diferencias de medias entre el grupo experimental llamado grupo intervención y el grupo control en las variables sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama que participaron en el proyecto de investigación se realizó una agrupación de frecuencias en las siguientes variables: edad, número de hijos, estado civil, situación laboral y estadio diagnóstico del cáncer de mama.

- La muestra objeto de estudio estuvo compuesta por 58 pacientes, la totalidad de los pacientes fueron mujeres (58 mujeres y 0 hombres) con rango de edad comprendido entre los 31 y 70 años de edad ($M = 54,36$, $DT = 10,029$).

Tabla 24. Edad de la muestra global.

N	58
Media	54,36
Mediana	54,50
Desviación típica	10,029
Rango (mínima-máxima)	31-70

Figura 25. Histograma de la edad de la muestra global.



En el histograma se pudo observar como en la muestra existían dos picos de frecuencia de edad entre los 50-55 y los 60-65 años.

- Tal como detalla la [tabla nº 26](#), la mayoría de las pacientes, un 65% de las participantes estaban casadas en el momento del estudio.

Tabla 26. Estado civil de la muestra global.

	Frecuencia	Porcentaje
Separada	5	8,6
Casada	38	65,5
Soltera	9	15,5
Viuda	6	10,3
Total	58	100

Figura 27. Frecuencia del estado civil de la muestra global.



- Tal cómo se ve en la [tabla nº 28](#), las pacientes que se encontraban en el momento del estudio de baja laboral eran el 37,9% de las pacientes de la muestra global.

Tabla 28. Estado laboral en la muestra global.

	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	10	17,2
Jubilada	11	19,0
Ama de casa	7	12,1
Baja laboral	22	37,9
No trabaja	7	12,1
En paro	1	1,7
Total	58	100,0

Un 19% de la muestra de las pacientes estaban jubiladas y tan sólo un 17,2 % trabajaban en el momento del estudio.

Figura 29. Frecuencias del estado laboral de la muestra global.



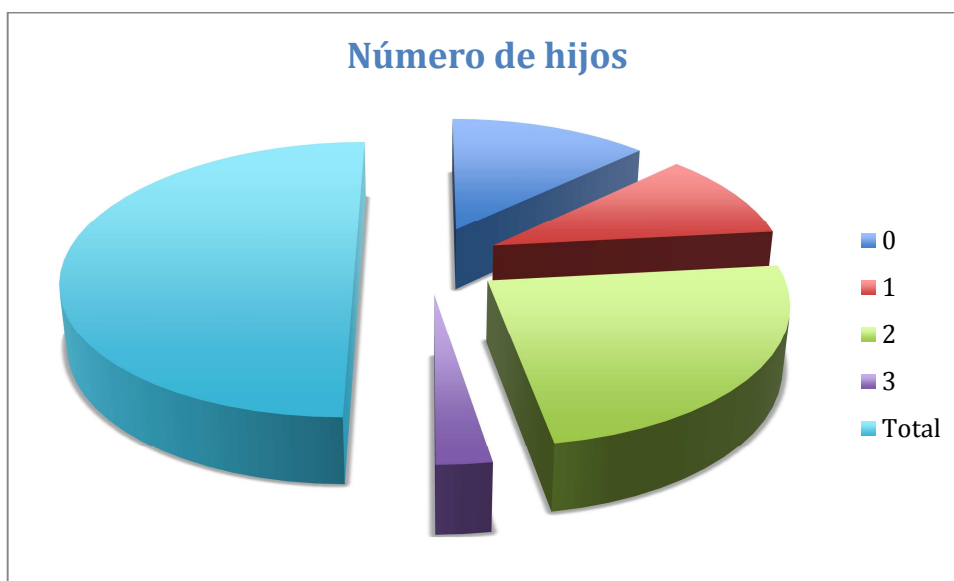
- Con respecto al número de hijos, como se puede ver en la [tabla nº 30](#), el 48,3% de la muestra tenían 2 hijos.

Tabla 30. Número de hijos de las pacientes en la muestra global.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	15	25,9
1	12	20,7
2	28	48,3
3	3	5,2
Total	58	100,0

Así en la muestra global (N=58), 15 mujeres (25,9%) no tenían hijos y solamente 3 (5,2%) tenían 3 hijos.

Figura 31. Frecuencia del números de hijos por paciente de la muestra global.



- Como se observa en la [tabla nº 32](#), el 55,2% de las pacientes de la muestra se encontraban en el estadio IA (enfermedad precoz) en el momento del estudio.

Tabla 32. Estadio diagnóstico del cáncer de mama en la muestra global.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	4	6,9	6,9
IA	32	55,2	62,1
IB	8	13,8	75,9
IIA	8	13,8	89,7
IIB	2	3,4	93,1
IIIA	1	1,7	94,8
IIIB	1	1,7	96,6
IIIC	1	1,7	98,3
IV	1	1,7	100,0
Total	58	100,0	

La gran mayoría de las pacientes de la muestra, un 93,1% les fue diagnosticado el cáncer de mama en enfermedad precoz al estar en los estadios 0, IA, IB, IIA y IIB (T2N1).

Figura 33. Frecuencia de estadios diagnósticos del cáncer de mama en la muestra global.



5.2.2. Diferencias demográficas entre el grupo experimental y el grupo control al inicio del estudio.

Al observar la [tabla nº 34](#) comparativa de datos sociodemográficos entre la muestra intervención y la muestra control, se puede concluir que fueron muestras homogéneas excepto para el estadio diagnóstico y para el número de hijos, por lo que se realizó al final del capítulo una multivariante que incluyó estos datos, con la intención de analizar si estas características de la muestra influían en las variables estudiadas de ansiedad, depresión y calidad de vida.

Tabla 34. Descriptivos sociodemográficos del grupo experimental y el grupo control.

Variables	Grupo intervención (n= 28)	Grupo control (n= 30)	Test de diferencias
Edad media	51,68	56,87	dif no significativa
Estadio IA	50%	60%	p=0,01
Sexo (%)			
Mujeres	100%	100%	0
Hombres	0%	0%	0
Estado civil (%)			
Casada	57,1%	73,3%	dif no significativa
Otra situación			
Nº hijos. 2	42,9%	53,3%	p=0,018
Situación laboral: baja	39,3%	36,7%	dif no significativa

Para estudiar si ambas muestras eran homogéneas se utilizó la t de student para muestras independientes y la chi cuadrado.

5.2.3. Estado basal de ansiedad y depresión en la muestra conjunta (grupo intervención + grupo control).

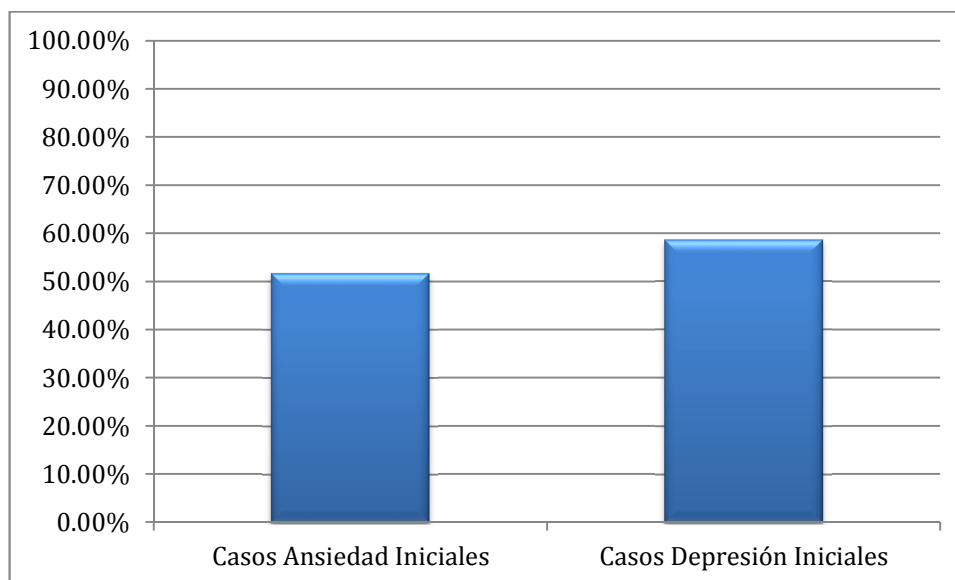
En la siguiente [tabla nº 35](#) se presentan los resultados descriptivos de los casos de ansiedad y/o depresión detectados con el test screening, EADG de Goldberg⁽⁷⁶⁾ en la muestra conjunta al inicio del estudio.

Tabla 35. Descripción de la muestra global (grupo intervención + grupo control). Casos de ansiedad y depresión medidos con EADG en el momento inicial del estudio.

	EADG ($a \geq 4$; $d \geq 2$)	EADG ($a \leq 3$; $d \leq 1$)
Caso ansiedad	30 (51,7%)	28 (48,3%)
Caso depresión	34 (58,6%)	24 (41,4%)

Un 51,7% de las pacientes que participaron en el estudio puntuaron en el EADG como probable caso de ansiedad y un 58,6% de las pacientes de la muestra global puntuaron como probable caso de depresión.

Figura 36. Proporción de número de casos de ansiedad y depresión medidos con EADG en el momento inicial del estudio en la muestra conjunta (grupo intervención + grupo control).



5.2.3.1 Número de pacientes diagnosticadas de trastorno de ansiedad previo al inicio del estudio.

Tabla 37: Pacientes diagnosticadas de trastorno de ansiedad y/o depresión previo al inicio del tratamiento.

Pacientes N=58	Casos diagnosticados	%
Grupo intervención n=28	7	25
Grupo control n=30	11	36,6

5.2.3.2 Número de pacientes tratadas por trastorno de ansiedad previo al inicio del estudio.

Figura 38: Proporción de pacientes tratadas con psico-fármacos por trastorno de ansiedad y/o depresión previo al inicio del tratamiento.

Pacientes N=58	Casos tratados	%
Grupo intervención n=28	9	32,1
Grupo control n=30	11	36,6

5.2.4. Estado basal de calidad de vida en la muestra conjunta (grupo intervención + grupo control).

Para conocer el estado basal de calidad de vida de la muestra global (grupo intervención + grupo control) al inicio del estudio se utilizó las láminas de COOPS-WONCA⁽⁸¹⁾, referidas a la calidad de vida de las pacientes en las dos semanas previas a la evaluación pre test.

Se estudió la media de puntuación de cada lámina. Cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida.

Tabla 39. Descripción de la muestra global, . Calidad de vida media, WOOP-WONCA⁽⁸¹⁾

Variables calidad vida N=58	Media	Desviación típica
W1 Estado físico	3,22	0,839
W2 Sentimientos	2,36	1,087
W3 Actividad diaria	2,05	0,944
W4 Actividad social	1,97	1,075
W5 Estado de salud	2,83	1,062
W6 Cambio de estado	3,02	0,848
W7 Dolor	2,22	1,257
Wtotal	17,62	4,308
Media W total	2,52	1,016

Hay cinco categorías nominales de respuesta para cada apartado, que representa el correspondiente nivel de bienestar o función. La puntuación para cada dimensión va del 1 al 5. La puntuación total del test iría desde 5 puntos a 35 puntos. Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional en la dimensión evaluada.

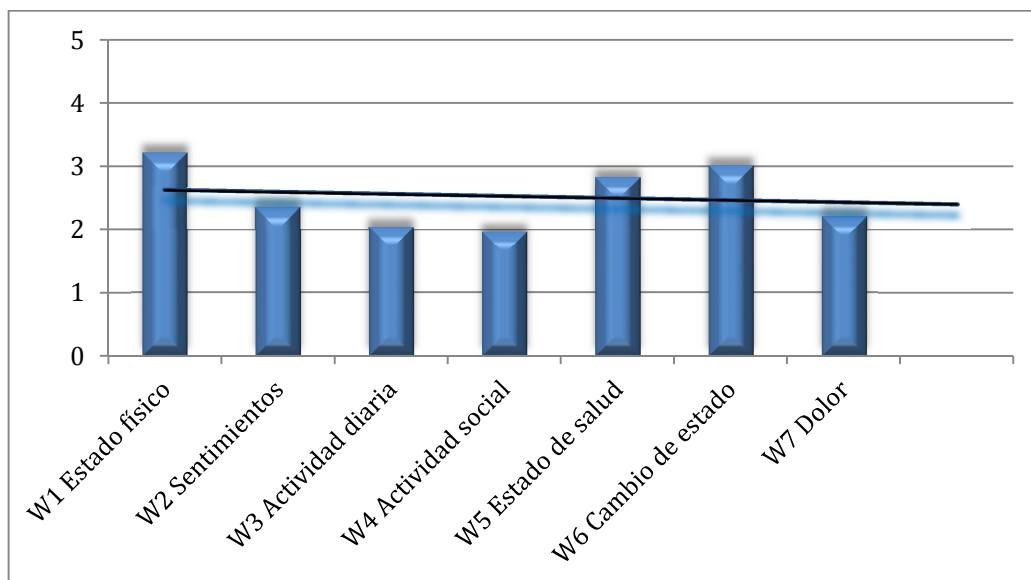
En la [tabla nº 39](#) se puede confirmar como la puntuación total (sumatorio de todas las áreas de calidad de vida) fue de 17,62 con un rango de puntuación entre (5 y 35) y con una desviación típica de 4,308.

Si se analiza de forma individual por cada una de las áreas de calidad de vida (W1, W2, W3, W4, W5, W6 y W7), la media total para cada categoría fue de 2,52.

Por lo que podemos concluir que ambas proporciones estaban sobrepasando levemente el 50% de la puntuación total para calidad de vida.

En la [figura nº 40](#), se observa como los valores medios para cada área y la media total se encuentran en todos los ítems en posiciones similares.

Figura 40. Frecuencia de las medias de los aspectos de calidad de vida en la muestra global.
WOOP_WONCA.



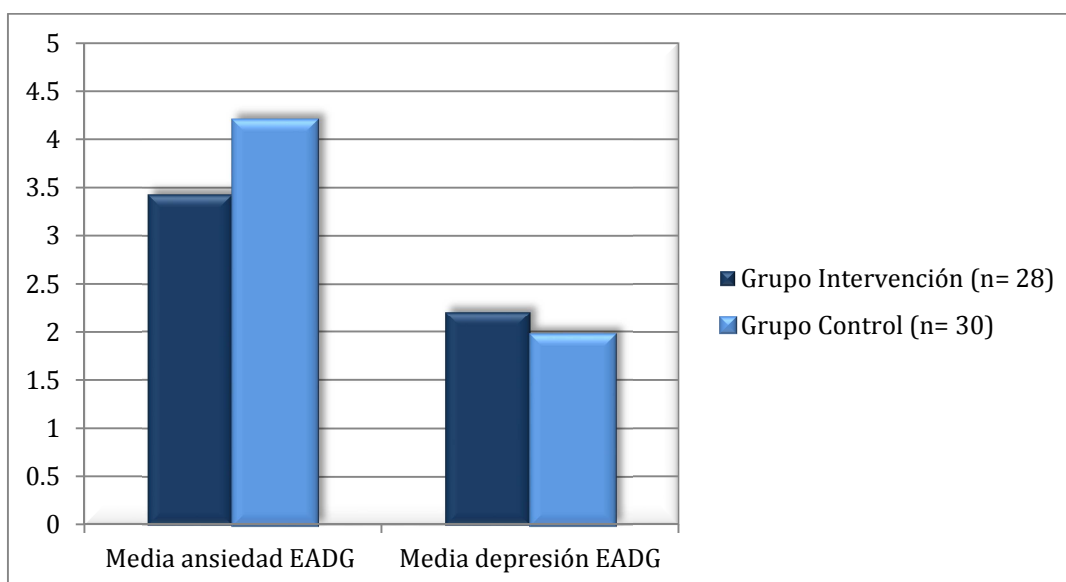
5.2.5. Diferencias clínicas: ansiedad, depresión y calidad de vida entre el grupo intervención y el grupo control al inicio del estudio.

Para valorar las diferencias entre los dos grupos, el grupo intervención y el grupo control en el momento inicial del proyecto, se utilizó la t de student para grupos independientes, y como se puede ver en la [tabla nº 41](#), no existían diferencias significativas entre ambas muestras para los niveles de ansiedad y depresión al inicio del estudio, por lo que se pudo concluir que ambas muestras fueron homogéneas con respecto a estas variables.

Tabla 41. Descriptivo comparativo de las medias de ansiedad y depresión en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio.

Variables	Grupo Intervención (n= 28)	Grupo Control (n= 30)	Test de diferencias
Media ansiedad EADG	3,43	4,20	No hay diferencias
Media depresión EADG	2,21	1,97	No hay diferencias

Figura 42. Comparativo de las medias de ansiedad y depresión en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio.

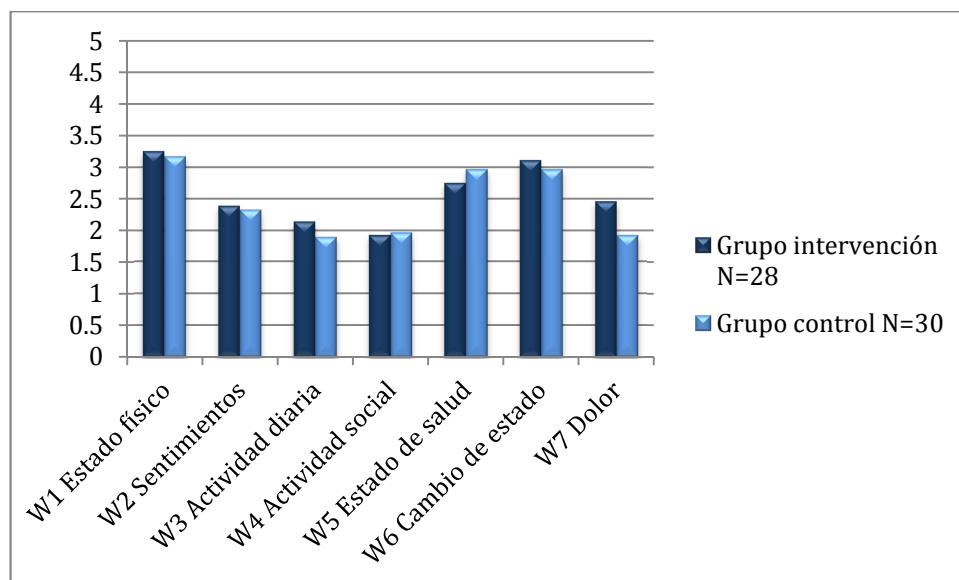


De igual forma tal como se puede observar en la [tabla nº 43](#), no existían diferencias significativas para la variable calidad de vida al inicio del estudio entre las dos muestras, por lo que se pudo afirmar que ambas muestras eran homogéneas.

Tabla 43. Descriptivo comparativo del estado de calidad de vida en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio.

Variables	Grupo intervención N=28	Grupo control N=30	Test de diferencias
W1 Estado físico	3,25	3,17	No hay diferencias
W2 Sentimientos	2,39	2,33	No hay diferencias
W3 Actividad diaria	2,14	1,90	No hay diferencias
W4 Actividad social	1,93	1,97	No hay diferencias
W5 Estado de salud	2,75	2,97	No hay diferencias
W6 Cambio de estado	3,11	2,97	No hay diferencias
W7 Dolor	2,46	1,93	No hay diferencias

Figura 44. Comparativo de las frecuencias de las medias del estado de calidad de vida en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio.



5.3. Evaluación de las diferencias en las mediciones antes y después en el grupo intervención.

5.3.1. Ansiedad

En primer lugar se estudió la variable dependiente ansiedad en el grupo intervención antes y después de la sesión. Así se obtuvo la media de ansiedad en ambos momentos para el mismo grupo, así como la diferencia obtenida en el nivel de ansiedad (post-test y pre-test).

Más tarde se analizó el número de casos de ansiedad que existían en ambos momentos pre y post test y cual fue su diferencia de mejora en proporción de número de casos.

Para ello utilizamos el test de screening EADG⁽⁷²⁾, y posteriormente se confirmó los resultados con la prueba confirmatoria o diagnóstica HAD⁽⁷⁸⁾, resultados que apoyan la validez interna de los mismos en el grupo intervención.

5.3.2. Depresión

En primer lugar se estudió la variable dependiente depresión en el grupo intervención antes y después de la sesión. Así se obtuvo la media de depresión en ambos momentos para el mismo grupo, así como la diferencia obtenida en el nivel de ansiedad (post-test y pre-test).

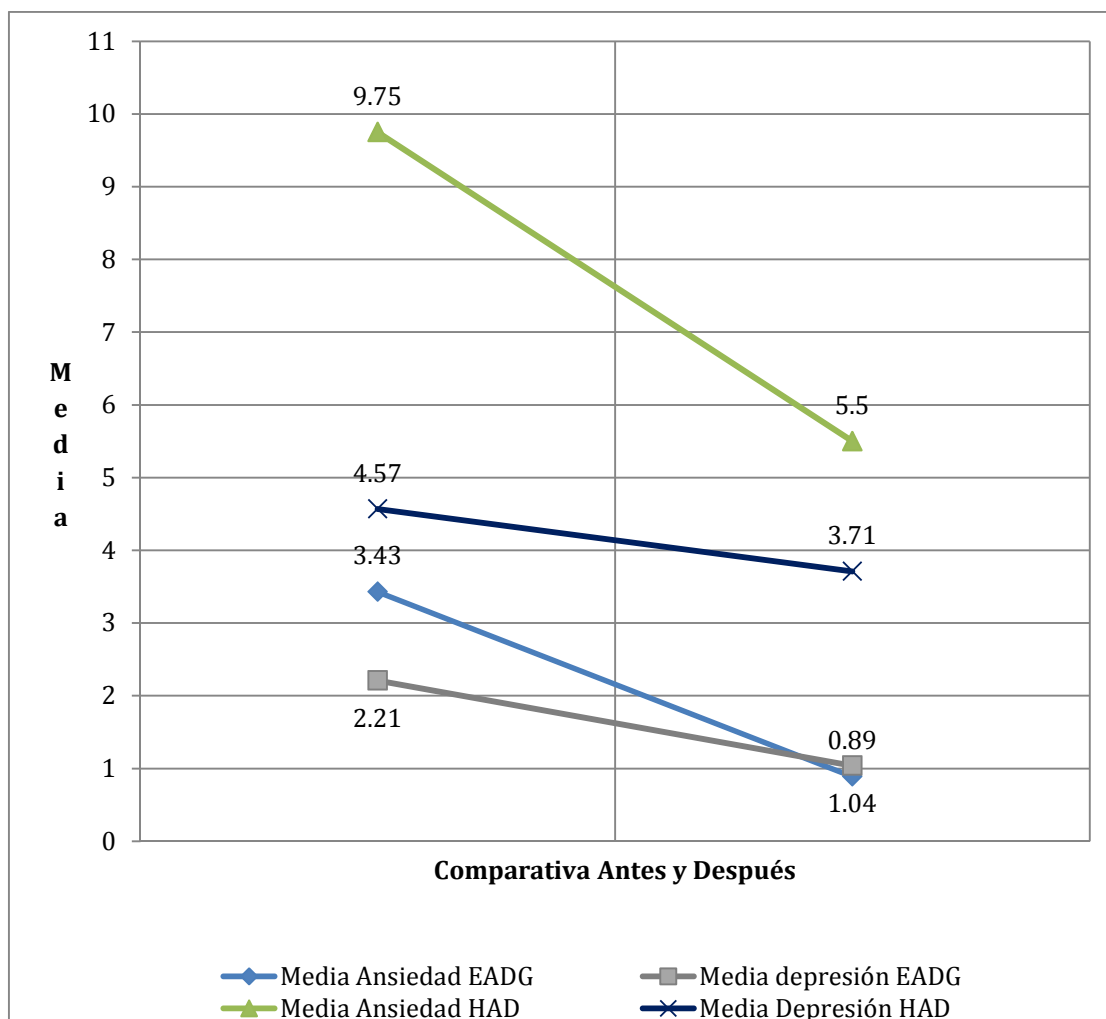
Más tarde se analizó el número de casos de depresión que existían en ambos momentos pre y post test y cual fue su diferencia de mejora en proporción de número de casos.

Para ello utilizamos el test de screening EADG⁽⁷²⁾, y posteriormente se confirmó los resultados con la prueba confirmatoria o diagnóstica HAD⁽⁷⁸⁾, resultados que apoyan la validez interna de los mismos en el grupo intervención.

Tabla 45. Descriptivo de las medias de ansiedad y depresión pre-test y post-test en el grupo intervención

	Pre- Test	Post-Test	Estudio de Significancia	
			Diferencia	Significancia
Media Ansiedad EADG	3,43	0,89	-2,54	<0,001
Media Depresión EADG	2,21	1,04	-1,17	<0,001
Media Ansiedad HAD	9,75	5,50	-4,25	<0,001
Media Depresión HAD	4,57	3,71	-0,86	No Significativa

Figura 46. Descriptivo comparativo de medias de ansiedad y depresión pre-test y post-test en el grupo intervención.



5.3.3. Calidad de vida

En primer lugar se estudió la variable dependiente de calidad de vida en el grupo intervención antes y después de la sesión. Así se obtuvo la media de calidad de vida en ambos momentos para el mismo grupo, así como la diferencia obtenida en el nivel de calidad de vida.

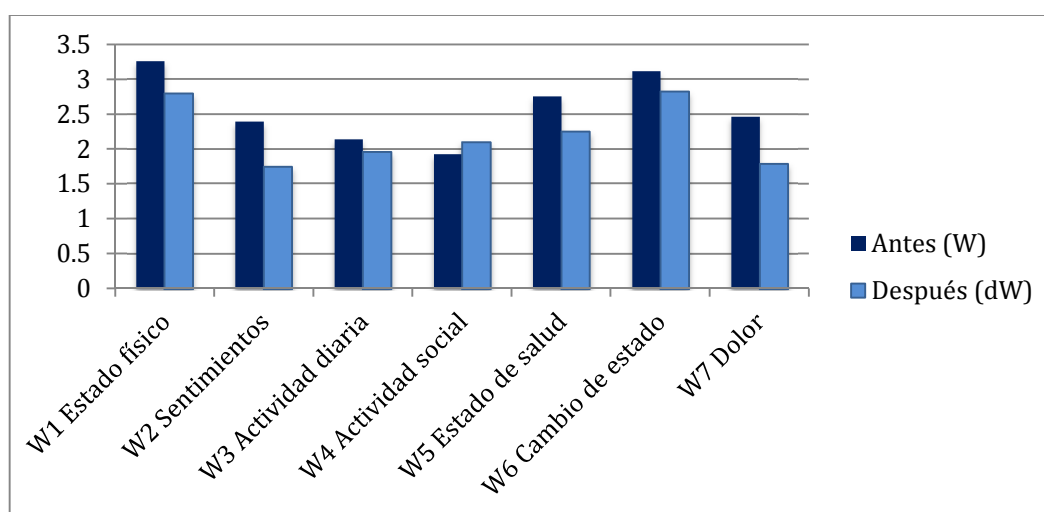
Para ello utilizamos el test de screening COOP-WONCA⁽⁸¹⁾, y posteriormente se confirmó los resultados con la prueba confirmatoria IBP⁽⁸³⁾.

Tabla 47. Comparativo de medias de calidad de vida pre-test y post-test en el grupo intervención.

Calidad de vida	Pre test	Post test	Estudio de Significancia	
			Dif	Significación
W1 Estado físico	3,25	2,79	-0,46	0,051
W2 Sentimientos	2,39	1,75	-0,64	0,001
W3 Actividad diaria	2,14	1,96	-0,18	No significativo
W4 Actividad social	1,93	2,10	-0,25	No significativo
W5 Estado de salud	2,75	2,25	-0,50	<0,05
W6 Cambio de estado	3,11	2,82	-0,29	<0,05
W7 Dolor	2,46	1,79	-0,68	<0,01
IBP Índice bienestar	96,82	103,82	7	<0,01

En la [tabla nº 47](#) se observa una mejora, una diferencia negativa, cambio positivo en las áreas de calidad de vida: W1 estado físico, W2 sentimientos, W3 actividad diaria, W4 actividad social y W7 dolor, de las láminas de COOP-WOOP, donde cada ítem está puntuado del 1 al 5, indicando un mejor estado funcional y psicológico cuanto menor puntuación. Sin embargo en las áreas W5, estado de salud y W6, cambio de estado, se encontraron diferencias significativas utilizando la t de student para datos apareados.

Figura 48. Comparativo de medias de calidad de vida pre-test y post-test en el grupo intervención.



Por otra parte, usando el test de diagnóstico o confirmatorio de IBP⁽⁸³⁾ (Índice de Bienestar Psicológico), se pudo observar como hubo una leve mejoría en el estado de calidad de vida, pasando de 96,82 a 103,82.

Si bien ambas puntuaciones medias estaban dentro del nivel de bienestar positivo; IBP: (73-132), se observó existía un aumento porcentual del 7,2% en la calidad de vida.

5.4 Evaluación entre las diferencias del grupo control y el grupo intervención en el estudio.

5.4.1 Ansiedad y depresión. EADG.

5.4.1.1 Cambio en el nivel de ansiedad y depresión en el estudio según grupos: intervención y control.

Tabla 49. Descriptivo del porcentaje de cambio en las medias de ansiedad y depresión entre el grupo control y el grupo intervención pre test y post test.

	Grupo intervención N=28	Grupo control N=30	Significación
Diferencia nivel ansiedad EADG	-2,54	-0,3	P<0,01
Diferencia nivel depresión EADG	-1,18	+0,1	P<0,05
Diferencia estado de calidad de vida / Coop-Wonca	-3	0,3	P<0,01

5.4.1.2 Análisis de la eficacia de la intervención en porcentaje de cambio de estado: casos en ansiedad y depresión según grupos: intervención y control.

Para estudiar la eficacia de la intervención en el (cambio de estado) de ansiedad y depresión se estudió el porcentaje de mejora en el cambio de estado (caso/ no caso) de los pacientes.

Para establecer el porcentaje de número de casos que dejaron de ser casos tanto de ansiedad como de depresión tras los resultados de las evaluaciones pre-post intervención se estableció una diferencia entre el número de casos pre test menos el número de casos post test de forma que tras el estudio se fijó que:

- -1: significaba empeorar, es decir pasar a ser caso cuando antes no se era caso.
- 0: significaba mantenimiento de la situación clínica, es decir seguía siendo caso si antes lo fue, o seguía siendo no caso si antes no lo fue.
- 1: significaba mejorar, es decir eran los casos antes que dejaron de ser casos después.

Tabla 50. Descriptivo cambio de estado: casos de ansiedad en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
Intervención	-1	0	0,0
	0	21	75,0
	1	7	25,0
	Total	28	100,0
Control	-1	3	10,0
	0	24	80,0
	1	3	10,0
	Total	30	100,0

1 mejorar: caso-no caso; 0 igual, -1 empeorar: no caso-caso

Tabla 51. Descriptivo cambio de estado: casos de depresión en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
Intervención	-1	0	0,0
	0	18	64,3
	1	10	35,7
	Total	28	100,0
Control	-1	0	0
	0	28	93,3
	1	2	6,7
	Total	30	100,0

1 mejorar, caso-no caso; 0 igual, -1 empeorar no caso-caso

En la [tabla 50](#) se observa como en el apartado de ansiedad: se observó una mejora del 35,7% en el grupo intervención frente a sólo el 6,7% en el grupo control.

La [tabla nº 51](#) indica como en el estado de depresión se comprobó una mejora del 25% en el grupo intervención frente al 10% en el grupo control.

Los únicos pacientes que empeoraron cambiando el estado de no caso a caso en el apartado de depresión se encontraron en el grupo de control no intervenido.

De forma que se puede afirmar como se muestra en la [tabla nº 52](#), como de los 30 casos sobre 58 pacientes de la muestra global que puntuaron ansiedad en el momento inicial en la muestra conjunta al iniciar el estudio, 12 dejaron de ser caso de ansiedad al finalizar el estudio, lo que supone una mejora del 40%.

Sin embargo, si el estudio se realiza fragmentando los datos en grupo intervención y grupo control, el porcentaje pasa a ser de un 83,3%^(*) (10 de los 12 casos) en el grupo intervención frente al 11,1% (2 de los 18 casos) en el grupo control.

Tabla 52. Descriptivo del cambio de porcentaje en el estado de casos de ansiedad en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.

Grupo		Frecuencia	Porcentaje
intervención	Caso/no caso	10	83,3 ^(*)
	Caso/caso	2	16,7
	Total	12	100,0
Control	Caso/no caso	2	11,1
	Caso/caso	16	88,9
	Total	18	100,0
Muestra	Caso/no caso	12	40
	Caso/caso	18	60

De forma que se puede afirmar como se muestra en la [tabla nº 53](#), como de los 34 casos sobre 58 que teníamos de depresión en la muestra conjunta, intervenidos o no, en el momento inicial, 18 dejaron de ser caso de depresión lo que supone una mejora del 53%. Sin embargo, si el estudio se realiza fragmentando los datos en grupo intervención y grupo control, el porcentaje pasa a ser de un 60%^(**) (9 de los 15 mejoran) en los casos intervenidos frente al 47,4% (9 de los 19) en los no intervenidos.

Tabla 53. Descriptivo del cambio de porcentaje en el estado de casos de depresión en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.

Grupo		Frecuencia	Porcentaje
intervención	Caso/no caso	9	60 ^(**)
	Caso/caso	6	40
	Total	15	100
Control	Caso/no caso	9	47.4
	Caso/caso	10	52.6
	Total	19	100
Muestra	Caso/no caso	18	53
	Caso/caso	16	47
	Total	34	100

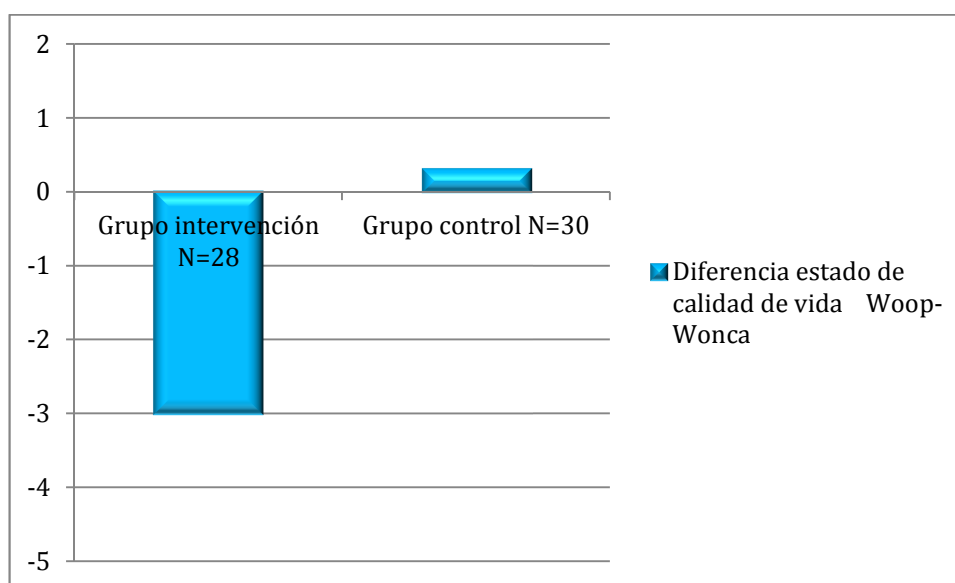
5.4.1.3 Análisis de la eficacia de la intervención en el cambio de calidad de vida según grupos: intervención y control.

Para obtener los resultados de la [tabla nº 54](#) se usó la t de student para grupos independientes.

Tabla 54. Descriptivo de diferencia de medias en el cambio de estado de calidad de vida en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.

	Diferencia estado de calidad de vida WOOP-WONCA
Grupo intervención N=28	-3
Grupo control N=30	0,3
Significación	P<0,01

Figura 55. Descriptivo cambio de estado en calidad de vida en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.



5.5. Análisis multivariante.

5.5.1. Ansiedad

Se realizó un estudio multivariante para estudiar de que variables estudiadas en nuestro proyecto depende la variación de la ansiedad en una paciente de nuestra muestra.

Para ello realizamos una regresión lineal múltiple, en la que la variable dependiente es la variación de los síntomas de ansiedad entre los dos momentos evaluados en el estudio, en relación a las variables que podían considerarse factores relacionados: tipo de intervención, número de hijos, edad, estado civil, trabajo, estadio, calidad de vida inicial.

Tabla 56. Variables estudiadas en el análisis multivariante ansiedad.

	Media	Desviación típica
Cambio ansiedad	-1,41	2,302
intervención	1,52	,504
edad	53,91	9,898
hijos	1,36	,912
civil	1,24	,733
trabajo	2,17	1,378
estadio	1,81	1,605
calidad vida inicial	17,67	4,257

Según los resultados que se obtuvieron no existían diferencias significativas con la mayoría de las variables en relación a la ansiedad, tan sólo se encontraron diferencias significativas en relación con la intervención y con el estado de calidad de vida.

En el grupo intervención, la mejoría en la ansiedad es de 1.9 puntos respecto del grupo que no recibe intervención como se puede ver en la [tabla nº 59](#).

Tabla 57. Resumen del modelo análisis multivariante ansiedad.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,611a	,373	,285	1,946

a. Variables predictivas: (Constante), trabajo, hijos, edad, civil, estadio, intervención, calidad vida inicial.

Este valor está ajustado por el resto de las variables o factores introducidos en el modelo. Con una confianza del 95% se puede afirmar que la mejoría que produce la intervención en la población general se situaría entre 0,79 a 3,06 puntos de la escala de ansiedad como se observa en la [tabla nº 60](#).

Tabla 58. ANOVA ansiedad. Análisis multivariante ansiedad.

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	112,732	7	16,105	4,253
	Residual	189,337	50	3,787	,001b
	Total	302,069	57		

a. Variable dependiente: Cambio ansiedad.

b. Variables predictoras: (Constante), trabajo, hijos, edad, civil, estadio, intervención, calidad de vida inicial.

Tabla 59. Coeficientes a. Análisis multivariante ansiedad.

Modelo		Coeficientes estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-2,693	2,043		-1,318	,194	-6,798	1,411
	intervención	1,929	,566	,422	3,408	,001	,792	3,067
	edad	,042	,028	,179	1,505	,139	-,014	,097
	hijos	-,315	,313	-,125	-1,005	,320	-,944	,314
	civil	-,207	,375	-,066	-,553	,583	-,960	,545
	trabajo	,196	,193	,118	1,018	,314	-,191	,584
	estadio	-,134	,175	-,094	-,765	,448	-,486	,218
	calidad vida inicial	-,192	,063	-,354	-3,060	,004	-,317	-,066

Variable dependiente: Cambio en depresión

5.5.2. Depresión

Se realizó un estudio multivariante para estudiar de que variables estudiadas en nuestro proyecto depende la variación de la depresión en una paciente de nuestra muestra.

Para ello realizamos una regresión lineal múltiple, en la que la variable dependiente es la variación de los síntomas de depresión entre los dos momentos evaluados en el estudio, en relación a las variables que podían considerarse factores relacionados: tipo de intervención, número de hijos, edad, estado civil, trabajo, estadio, calidad de vida inicial y estado de ansiedad inicial.

Tabla 60. Medias y desviaciones típicas de las variables del estudio (dependiente e independiente)

	Media	Desviación típica
cambio depresión	-,52	2,002
intervención	1,52	,504
edad	53,91	9,898
hijos	1,36	,912
civil	1,24	,733
trabajo	2,17	1,378
estadio	1,81	1,605
calidad vida inicial	17,67	4,257
ansiedad inicial	3,83	3,146

Según los resultados que se obtuvieron no existían diferencias significativas en relación a la depresión con la mayoría de las variables, tan sólo se encontraron diferencias significativas en relación con la intervención y con el estado de ansiedad inicial.

En el grupo intervención, la mejoría en la depresión es de 1.79 puntos respecto del grupo que no recibe intervención como se puede ver en la [tabla nº 63](#).

Tabla 61. Resumen del modelo análisis multivariante depresión.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,554a	,307	,194	1,797

a. Variables predictivas: (Constante), ansiedad inicial, trabajo, hijos, edad, civil, estadio, intervención, calidad vida inicial.

En el grupo intervención, la mejoría en la depresión es de 1,5 puntos respecto del grupo que no recibe intervención. Este valor está ajustado por el resto de las variables o factores introducidos en el modelo. Con una confianza del 95% se puede afirmar que la mejoría que produce la intervención en la población general se situaría entre 0,47 a 2,64 puntos de la escala de depresión.

Tabla 62. ANOVA. Análisis multivariante depresión

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	70,169	8	8,771	2,715	,015b
	Residual	158,314	49	3,231		
	Total	228,483	57			

a. Variable dependiente: Cambio depresión.

b. Variables predictoras: (Constante), ansiedad inicial, trabajo, hijos, edad, civil, estadio, intervención, calidad de vida inicial.

Tabla 63. Coeficientes. Análisis multivariante depresión

Modelo		Coeficientes estandarizados		Coeficientes no estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	,657	1,900		,346	,731	-3,160	4,475
	intervención	1,558	,540	,392	2,884	,006	,472	2,644
	edad	-,007	,027	-,034	-,263	,794	-,060	,046
	hijos	-,331	,289	-,151	-1,142	,259	-,912	,251
	civil	-,448	,346	-,164	-1,293	,202	-1,144	,248
	trabajo	,034	,179	,024	,191	,849	-,326	,394
	estadio	,015	,162	,012	,095	,925	-,310	,341
	calidad de vida inicial	-,087	,072	-,185	-1,204	,234	-,232	,058
	ansiedad inicial	-,188	,097	-,295	-1,937	,059	-,383	,007

Variable dependiente: Cambio en depresión

5.5.3. Calidad de vida

Se realizó un estudio multivariante para estudiar de que factores estudiados en el proyecto dependía la variación en el nivel de calidad de vida en una paciente del estudio.

Para ello realizamos una regresión lineal múltiple, en la que la variable dependiente es la variación de la calidad de vida entre los dos momentos evaluados en el estudio, en relación a las variables que podían considerarse factores relacionados: tipo de intervención, número de hijos, edad, estado civil, trabajo, estadio y estado de ansiedad y depresión inicial.

Tabla 64. Variables estudiadas en el análisis multivariante calidad de vida.

	Media	Desviación típica
cambio calidad vida	-1,29	3,779
intervención	1,52	,504
edad	53,91	9,898
hijos	1,36	,912
civil	1,24	,733
trabajo	2,17	1,378
estadio	1,81	1,605
ansiedad inicial	3,83	3,146
depresión inicial	2,09	2,487

Según los resultados no existían diferencias significativas, sólo en relación con la intervención y con la ansiedad inicial.

En el grupo intervención, la mejoría en la calidad de vida es de 3,28 puntos respecto del grupo que no recibe intervención. Este valor está ajustado por el resto de las variables o factores introducidos en el modelo. Con una confianza del 95% se puede afirmar que la mejoría que produce la intervención en la población general se situaría entre 1,33 a 5,22 puntos de la escala de calidad de vida.

Tabla 65. Calidad de vida. Resumen del Modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,619a	,383	,282	3,202

Variables predictoras: (Constante), depresión inicial, hijos, edad, trabajo, civil , estadio, intervención, ansiedad inicial.

Tabla 66. ANOVA. Calidad de vida.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	311,610	8	38,951	3,799	,002b
	Residual	502,407	49	10,253		
	Total	814,017	57			

Variable dependiente: Cambio en calidad de vida.

Variables predictoras: (Constante), depresión inicial, hijos, edad, trabajo, civil , estadio, intervención, ansiedad inicial.

Tabla 67. Calidad de vida. Coeficientes

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-3,312	2,945		-1,125	,266	-9,230	2,606
	intervención	3,280	,966	,438	3,396	,001	1,339	5,222
	edad	,023	,047	,061	,488	,628	-,072	,118
	hijos	-,430	,512	-,104	-,841	,405	-1,458	,598
	civil	-1,306	,614	-,253	-2,129	,038	-2,539	-,073
	trabajo	-,129	,318	-,047	-,406	,687	-,768	,510
	estadio	-,093	,292	-,040	-,319	,751	-,680	,493
	TEA	-,190	,173	-,158	-1,102	,276	-,537	,157
	TED	-,394	,219	-,259	-1,797	,079	-,835	,047

Variable dependiente: Cambio en calidad de vida.

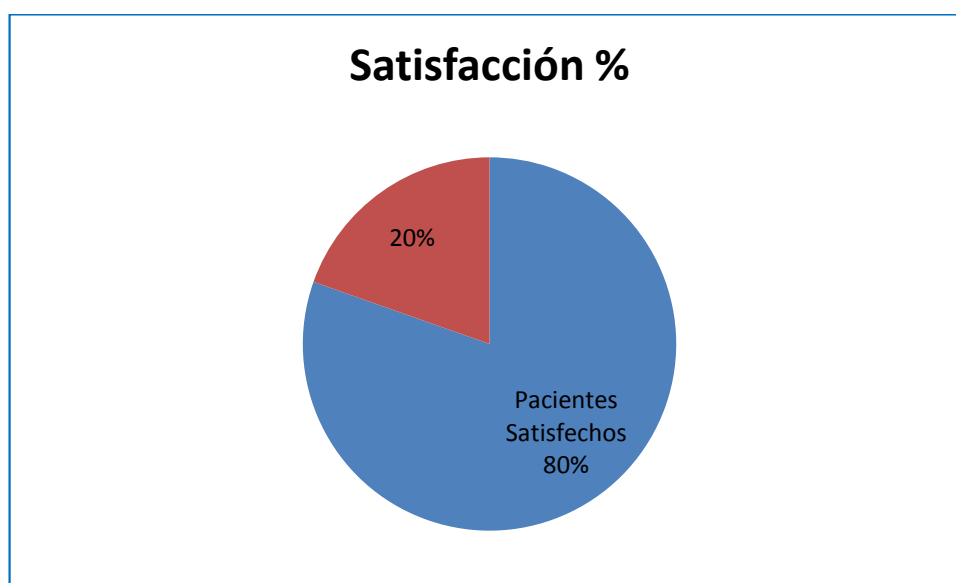
5.6. Satisfacción del estudio y aprendizaje de las técnicas anti-estrés.

Tabla 68. Media de satisfacción en el estudio

Informe		
Satisfacción (Likert) ^(*)		
Media	N	Desviación Típica
4,04	28	,744

* Likert: máxima puntuación 5

Figura 69. Porcentaje de satisfacción de las pacientes.



6. DISCUSIÓN

6.1. Discusión de los resultados.

Para el desarrollo de este capítulo se ha partido de las hipótesis de investigación de esta Tesis Doctoral planteadas con anterioridad, lo que facilitó la discusión de los resultados. Posteriormente se ha disertado sobre la muestra y el método del estudio.

Finalmente se ha reflexionado sobre los aspectos positivos de este proyecto así como las limitaciones que presentó esta Tesis, y por último se mencionan las posibles líneas de investigación futuras para ampliar la eficacia de propuestas similares a la aquí descrita.

Hipótesis 1:

La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti-estrés puede disminuir los casos de trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos de los/las pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico.

El resultado del estudio indica que en el grupo intervención se redujo en un 83,3% los casos de ansiedad y en un 60% los casos de depresión frente a una disminución del 11,1% en los casos de ansiedad y de un 47,4% en los casos de depresión que tuvieron lugar en el grupo control.

Teniendo en cuenta el porcentaje de cambio que se produjo en el grupo intervención en el contraste pre-post seguimiento, se puede concluir que los cambios producidos por el tratamiento resultan eficaces en la reducción del número de casos de ansiedad del grupo intervención.

También se puede afirmar observando dicho cambio, que el tratamiento es eficaz para reducir los casos de depresión, en donde se observa como las diferencias en la reducción de casos se acerca a la disminución que se produjo en el grupo control,

lo que hace sospechar la influencia de otros factores que afectan al trastorno de humor depresivo, tal como podrían ser un ajuste emocional evolutivo natural de la enfermedad y el estar en otro momento del ciclo: la fase activa del tratamiento.

Los datos indican un tamaño de efecto importante y un porcentaje favorable de cambio en estado “caso a no caso” que supera el 50% en la medida pre-post tratamiento para ambas situaciones clínicas de ansiedad y de depresión.

Estos datos están en la línea de investigadores anteriores⁽⁹⁴⁾ que prueban que la administración de técnicas psicológicas individuales de apoyo disminuyen los niveles de ansiedad y/o depresión. Siendo las intervenciones breves las más adecuadas, sobre todo en las intervenciones pre-tratamiento y atendiendo a criterios de costo-beneficio⁽²⁵⁾. Siendo además los síntomas de ansiedad los que más fácilmente pueden ser mejorados con intervenciones psico-sociales. Además los efectos beneficiosos de las terapias estructuradas sobre la calidad de vida de las pacientes suelen prolongarse a medio plazo una vez finalizadas.

La prevalencia en España del cáncer de mama es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de un 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%. Ser mujer, haber estado casada con anterioridad y posteriormente separada o ser viuda y/o estar desempleada o incapacitada para trabajar se asocia con un mayor riesgo de depresión ⁽⁹⁵⁾.

Es importante destacar como gracias a los resultados demográficos obtenidos en el estudio presente, se puede concluir que el perfil medio de la paciente estudiado fue el de una mujer, casada con dos hijos y de baja. Condición laboral que como ya se comentó con anterioridad puede incrementar el riesgo de aislamiento y de depresión en estas pacientes.

Según algunos estudios de prevalencia⁽⁹⁶⁾, la tasa de depresión en mujeres con cáncer de mama fue del 33% en el momento del diagnóstico y del 15% tras un año del diagnóstico.

Además se concluyó que un 44% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama sufrían de ansiedad leve y un 23% de ellos de ansiedad significativa.

Si comparamos nuestros resultados con las prevalencias aceptadas por estudios revisados en la bibliografía como el citado previamente⁽⁹⁶⁾, se puede observar como en la muestra global al inicio del estudio la proporción de pacientes con el diagnóstico de “probable caso de ansiedad” es sensiblemente mayor que la media poblacional, un 51,7% en nuestra muestra frente a un 44% en los pacientes diagnosticados de cáncer de mama.

Algo similar ocurre si comparamos la proporción de probables casos de depresión al inicio del estudio en nuestra media global frente a la media poblacional de este tipo de pacientes oncológicos, es decir un 48.7% frente a un 33%⁽⁹⁶⁾.

Se pueden emitir diferentes hipótesis que expliquen estos datos obtenidos, una de las explicaciones posibles podría ser que todas las pacientes del estudio recibieron la noticia de estar afectadas por cáncer de mama en los seis meses previos al inicio de este estudio, por lo que algunas de ellas podrían haber estado sufriendo una reacción adaptativa de estrés e incluso otras podrían haber cumplido criterios para ser diagnosticadas de un TEPT, trastorno de estrés post traumático, secundario al impacto del diagnóstico oncológico recientemente recibido.

El National Cancer Institute⁽¹⁸⁾ señala una incidencia variable del TEPT, Trastorno de estrés postraumático, de un 3% dependiendo de si se mide en los estadios iniciales del diagnóstico hasta de un 35% si se mide durante el tratamiento. Estos datos podrían explicar el aumento de casi un 25% en la tasa de ansiedad y depresión en las pacientes de nuestra muestra, ya que todas ellas estaban recibiendo tratamiento y el impacto emocional de haber sido diagnosticadas de cáncer era reciente, menor de seis meses.

Además cumplirían con los criterios que definen un TEPT que son *“el desarrollo de ciertos síntomas que se presentan después de una situación que genera extrema tensión mental como es la muerte, una enfermedad grave que ponga la vida en peligro, padecer lesiones serias, o una situación que represente una amenaza para uno mismo u otros, situación que no debe ser anterior a seis meses ni acontecida en el último mes”* ⁽⁹⁷⁾.

Por otro lado, teniendo en consideración que participar en este estudio era voluntario, ya que todas las pacientes debían firmar el consentimiento informado para estar incluidas en el mismo, es probable que aquellas personas que percibiesen un peor estado de ansiedad y de depresión se sintiesen más impulsadas a aceptar y recibir cualquier tipo de intervención psicológica de ayuda o apoyo en la evolución de la enfermedad, lo que explicaría que partiésemos de unas tasas de ansiedad y de depresión en la muestra global más elevadas que en la población general de la que derivan.

Hipótesis 2:

La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti-estrés puede disminuir los síntomas de ansiedad y depresión de los/las pacientes diagnosticados/as de cáncer de mama en tratamiento oncológico.

Los resultados indican que en el grupo intervención se redujo considerablemente los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión medidos con el cuestionario de screening de Goldberg, EADG. La diferencia de la media de los síntomas de ansiedad disminuyó en 2.54 puntos en el grupo intervención frente a un 0,3 en el grupo control, y la diferencia de la media de los síntomas de depresión descendió en un 1,18 puntos en el grupo intervención frente a un ascenso de 0,1 en el grupo control.

Al inicio del estudio el grupo control partió de medio punto más en el nivel de ansiedad.

Teniendo en cuenta que este porcentaje de cambio en el grupo intervención en el contraste pre-post seguimiento, se puede afirmar que los cambios producidos por el tratamiento (sesión individualizada de anclaje seguido de entrega de audio de refuerzo para el paciente en casa) resultan eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad así como en la reducción de los síntomas de depresión en el grupo intervención en comparación con el grupo control.

Pudiendo concluir que esta técnica anti-estrés es una media de 1,46 puntos más útil en la disminución de síntomas de ansiedad que en la reducción de síntomas de depresión.

Estos datos concuerdan con las investigaciones anteriores recogidas en la revisión bibliográfica que prueban que la ansiedad es uno de los aspectos de la calidad de vida que más se va a poder mejorar mediante intervenciones psicológicas individuales⁽²⁵⁾: “del proceso de proporcionar, comprender, manejar, asimilar y

utilizar la información en relación al cáncer, parece ser que, en general, las pacientes de cáncer de mama se benefician de recibir información sobre su proceso. Los efectos positivos observados en los estudios revisados pueden ser interpretados en el marco de la teoría del estrés y del control individual, según el cual proporcionar información sobre un acontecimiento estresante puede ayudar a las personas a enfrentarse mejor a la situación aversiva o mejorar el estado emocional ante el incremento de la sensación de control”.

Así en esta misma revisión⁽²⁵⁾ se concluye que las intervenciones psicológicas individuales, se han mostrado eficaces para la preparación a los tratamientos médicos y que deberían aplicarse ante estados de ansiedad elevada o antecedentes de morbilidad psiquiátrica o importantes acontecimientos vitales estresantes, siendo más adecuadas, sobre todo en las intervenciones pre-tratamiento y también siendo muy recomendables atendiendo a criterios de costo- beneficio.

Además es probable que durante este periodo de estudio las pacientes hayan aprendido a utilizar y reproducir esta técnica anti-estrés de forma automática, sin ningún soporte externo como el audio guía, y que ello les permita observar los estímulos de sus experiencias ya sean sensoriales, cognitivos o emocionales desde fuera, sin juzgarlos ni catalogarlos, abriéndose a la experiencia de aceptar el momento, viviendo y sintiendo el presente, según postulan las técnicas de Mindfulness, extendiendo de esta forma los beneficios de este aprendizaje a su día a día.

Este proceso de aprendizaje de **“estar atentos”** podría contribuir a producir una desautomatización del círculo del estrés y de la preocupación ansiosa a nivel neurofisiológico, activando el eje abajo-arriba frente arriba-abajo como explica Simón⁽⁹⁸⁾ que expone que **“prestar atención plena”** a las ocho vías de entrada de información, al espacio de la conciencia propuestas por Siegel, dificulta el funcionamiento de los procesos *arriba abajo* y favorece la llegada de más riqueza informativa a las instancias pre-frontales. Concretamente a la corteza pre-frontal dorso-lateral que se activa al tiempo que recibe la información que está siendo privilegiada en ese momento, es decir la información que está siendo recogida

conscientemente frente a los dos millones de bits de información que son captados de forma subconsciente por nuestra mente cada segundo.

Es por ello que al involucrar la capacidad de auto-observación, ***“de estar presentes en el aquí y en el ahora”*** y la meta-cognición, se activan las zonas más mediales de la corteza pre-frontal, incluyendo la corteza orbito-frontal, promoviendo un procesamiento más consciente de la información que contrarresta el automatismo del sistema.

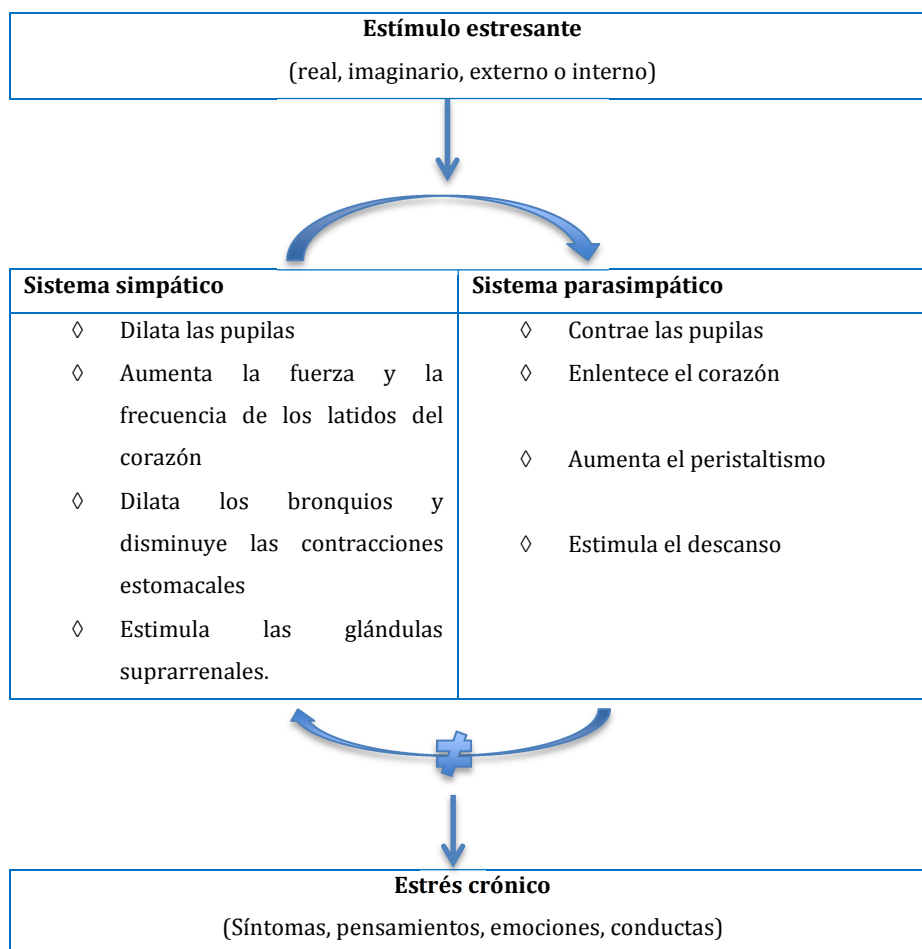
Este proceso queda reflejado con las siglas que propone Siegel. “YODA”; *You Observe and Decouple Automaticity* y que Simón ha traducido como SODA; ***“Si observas, desconectas la automaticidad”***.⁽³⁵⁾

Resumiendo a nivel neurofisiológico este proceso psicológico de *“estar atentos”* se puede explicar a través de un procesamiento de los estímulos de *abajo arriba* que describe la entrada de información “fresca” desde los órganos sensoriales, sin ser filtrada por criterios basados en la experiencia vital previa de cada sujeto.

En este sentido, además los resultados sugieren que esta desviación a la izquierda de los circuitos que regulan la emoción se correlaciona directamente con el grado de mejoría de la función inmunológica⁽⁴⁵⁾.

Si nos remitimos al modelo cognitivo del estrés por el cáncer explicado por Moore y Grey⁽²¹⁾ es fácil intuir cómo esta técnica descrita en esta Tesis puede contribuir a la ruptura y remodelación del ciclo del estrés, explicado en la [figura nº 6](#) ya que el aprendizaje del control de la respiración y de la relajación progresiva, junto a una práctica de técnicas de auto-hipnosis van a automatizar el proceso también a un nivel profundo, la paciente resetea el ciclo al activar el sistema parasimpático que estabiliza al sistema simpático frenando sus síntomas asociados como las palpitaciones, la tensión muscular etc.

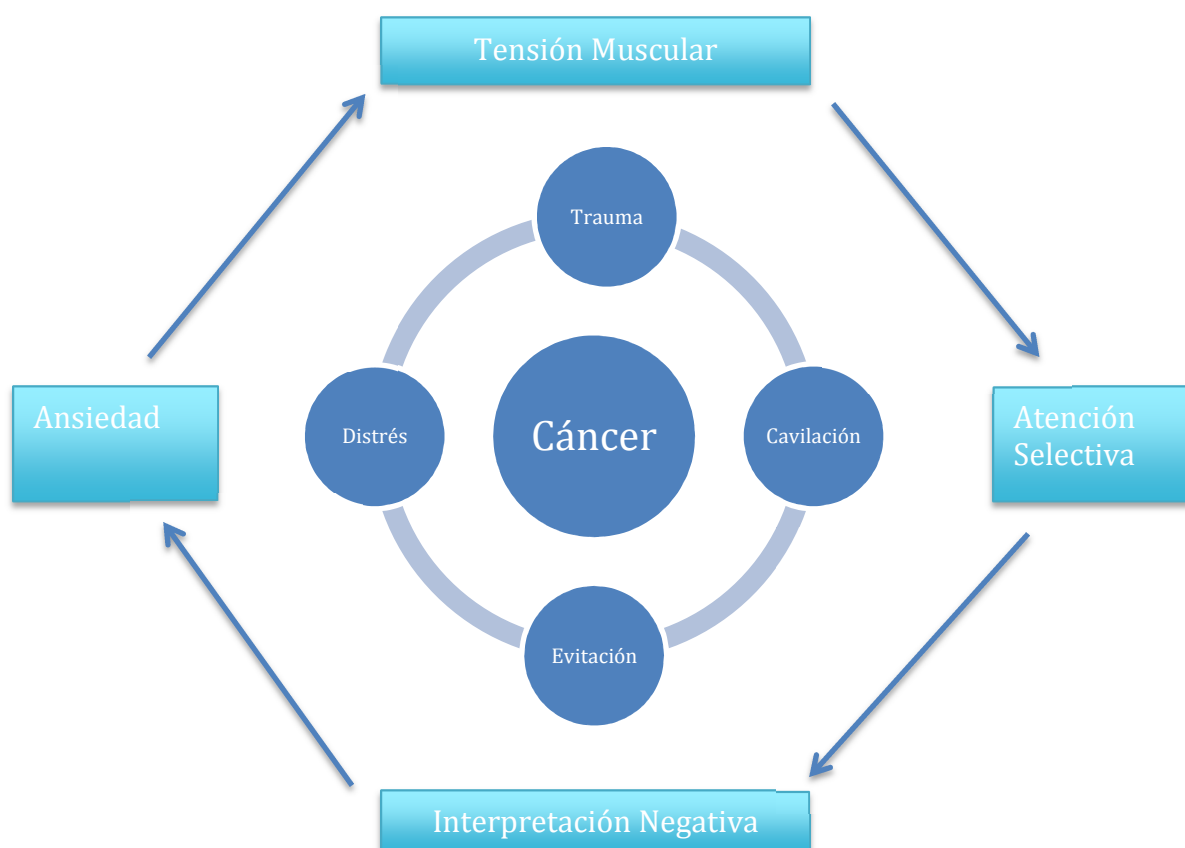
Figura 6. El ciclo del estrés.



De igual forma si se vuelve a observar la [figura nº 9](#), previamente explicada sobre el modelo cognitivo del estrés, se puede observar como la reproducción de estas técnicas anti-estrés puede desbloquear las diferentes zonas del círculo del sufrimiento, a través de la relajación muscular, de la desviación de la atención del foco de estrés al concentrarse selectivamente en el aquí y en el ahora, incluso utilizando el propio malestar o síntoma como foco, pero de una forma distinta, al aceptar sin juicio su existencia como un evento más ya sea externo o interno, desligándose de su contenido y juicio.

Al no identificarse con el síntoma ni con la emoción el paciente puede darse permiso para distanciarse de las interpretaciones negativas. Y como resultado de todo este desbloqueo del proceso se consigue un efecto ansiolítico.

Figura 9. Modelo cognitivo del estrés por cáncer de Moore y Grey⁽²¹⁾.



Si se vuelve a la referencia bibliográfica del libro “Terapia Cognitiva en Mindfulness”⁽²²⁾ se puede vislumbrar como el conocimiento y práctica de técnicas Mindfulness trabajan en la desactivación de dos factores psicopatógenos muy influyentes en el paciente con cáncer como son la cavilación y la evitación.

El Mindfulness postula prestar atención al presente, evitando así la tendencia natural, automática de la mente de viajar constantemente hacia el pasado o el futuro, movimiento que está ligado a la cavilación. Por otro lado al aprender a estar en el presente, el paciente consigue estar con la emoción o síntoma negativo aceptándolo con compasión y sin juicio.

Hipótesis 3:

- ***La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti-estrés, puede mejorar la percepción del estado de salud y de la calidad de vida de los/las pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico.***

Los resultados indican que tanto el grupo intervención como el grupo control disfrutaban de un buen estado de calidad de vida previo al inicio del estudio. Muestran un valor medio de 17,65 de calidad de vida con la puntuación total de las láminas de COOP-WONCA cuyo rango es del 5 al 35, siendo 35 la puntuación máxima y si lo estudiamos por cada área de calidad de vida, la media es de 2,52 en un rango del 1 al 5, siendo 5 la puntuación máxima.

Estos datos concuerdan con la bibliografía consultada que sugiere que los pacientes tratados por cáncer de mama tienen buena calidad de vida⁽⁹⁹⁾.

Varios estudios limitados indican que los pacientes oncológicos tratados por neoplasia mamaria presentan buenos niveles de calidad de vida prácticamente similares a los pacientes sin cáncer de mama⁽¹⁰⁰⁾.

En estos test de calidad de vida se midieron diferentes apartados como son: el estado físico, el estado mental, el estado social, el estado económico y el estado espiritual.

Los datos hallados en este estudio apoyan esta hipótesis parcialmente, en algunas dimensiones sobre percepción de vida sí se encuentran diferencias significativas entre los grupos debido a la intervención, en otras no se puede demostrar que esas diferencias sean debidas a la intervención y en otras dimensiones no se han producido variaciones significativas.

Si se observan los resultados, se descubre la existencia de diferencias significativas entre dos áreas concretas de la calidad de vida que son W5 y W6, que miden respectivamente el estado de salud y el cambio de salud. Estas diferencias podrían estar en relación con la susceptibilidad individual de respuesta al tratamiento y los efectos secundarios que cada paciente desarrolla o no al mismo.

Lo que explica que la percepción del estado de salud y del cambio de salud con respecto al estado previo puede variar interindividualmente.

Otro factor a tener en cuenta podría haber sido el momento evolutivo de la enfermedad ya que en el post test todas las pacientes estaban recibiendo radioterapia lo que conllevó de forma casi mayoritaria algún nivel de cansancio y cierto grado de retirada social y física como medio de protección y recuperación.

Se considera que los resultados hallados son optimistas ya que, si bien la salud física no mejoró significativamente con respecto al grupo control, sí que el estudio muestra que la percepción de la calidad de la vida en el grupo intervención aumentó un 7% medido con el IBP, índice de bienestar psicológico.

Es posible que las pacientes hayan cambiado su forma de relacionarse psicológicamente con la enfermedad, lo que probablemente repercuta en un incremento de la salud psicológica.

Hipótesis 4:

La administración, reproducción y aprendizaje de técnicas anti-estrés, aumenta la confianza y el control sobre las demandas físicas y psíquicas del proceso de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en tratamiento oncológico.

La satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos se puede considerar según explica Navarro⁽¹¹⁾ un factor dentro de la estructura multidisciplinar de la calidad de vida. Por lo que la oferta de apoyo emocional y de psico-educación durante el proceso de la enfermedad va a revertir en un aumento de la satisfacción global del paciente con su tratamiento, ya que esta atención es percibida por la paciente como un extra dentro del tratamiento multidisciplinar del clínico.

La satisfacción de las pacientes que participaron en el grupo intervención fue buena o muy buena, considerando que había sido una técnica útil para aumentar su confianza y la expresión de sus emociones. La mayoría de ellos recomendarían la intervención a otras pacientes en su misma situación. Y algunas de ellas indicaron que había sido “revolucionario” en su forma de enfrentar la vida y la enfermedad.

No hay que olvidar que estas pacientes estaban en un momento muy sensible de sus vidas, donde de alguna forma se habían visto abocadas a replantearse su forma de vida y el sentido de la misma, de forma que solían presentar una alta sugestionabilidad a la adquisición de nuevas formas de pensar, sentir y actuar. Por lo que era un buen momento para la psico-educación y el aprendizaje de técnicas anti-estrés.

Estos datos coinciden con las investigaciones anteriores revisadas que prueban que el entrenamiento en relajación e imaginación guiada mejora el sistema inmunitario, alivia la ansiedad, la depresión y contribuye a la mejoría del estado de ánimo⁽⁴¹⁾.

Informar y educar al paciente en su tratamiento, mejora el control de los síntomas, el aspecto afectivo relacionado con situaciones concretas y el afrontamiento de la enfermedad en sus diversas fases.

Existen estudios⁽¹⁰¹⁾ que afirman que el aprendizaje de este tipo de técnicas de relajación y visualización positiva durante el tratamiento coadyuvante disminuyen los síntomas físicos adversos al tratamiento, como las náuseas y los vómitos y mejora los síntomas emocionales de ansiedad y depresión, e incluso que seis meses después siguen existiendo diferencias entre el grupo control y el grupo intervención.

También cabe destacar el estudio aleatorizado llevado a cabo por Spiegel et al.⁽⁶²⁾ cuyos resultados en un seguimiento a 10 años indicaron que las mujeres con cáncer que habían recibido un año de terapia grupal semanal expresiva y de apoyo con Hipnosis, mostraron un aumento significativo en la duración de la

supervivencia. Nerón et al.⁽¹⁰²⁾ han propuesto un protocolo de tratamiento para el manejo de la ansiedad manifiesta y las reacciones fóbicas en radioterapia, si bien este protocolo aún requiere ser validado empíricamente.

Por otro lado, en otro estudio⁽¹⁰³⁾ se asignó aleatoriamente a las pacientes que iban a someterse a cirugía de mama en dos grupos, uno de ellos recibió una sesión de hipnosis de quince minutos antes de la operación y el otro una sesión en la que se les escuchaba de manera empática y no directiva. Los resultados mostraron que la hipnosis fue superior al grupo control de atención ya que el grupo de Hipnosis necesitó menos consumo de analgésicos, informó de menor intensidad del dolor, menos náuseas, menos fatiga y menos alteración emocional. Los autores concluyen que estos datos apoyan el uso de la Hipnosis en pacientes con cáncer de mama que necesitan cirugía. Finalmente en otra investigación⁽¹⁰⁴⁾ se asignó aleatoriamente a pacientes que tenían que someterse a una biopsia escisional del pecho en dos grupos, uno recibió una sesión de Hipnosis previa a la intervención quirúrgica y otro grupo de control que recibió una sesión de quince minutos de atención personalizada. Los dos grupos eran equiparables en datos demográficos, variables médicas y malestar previo a la intervención evaluados el día de la operación. Los resultados tras la intervención indicaron que las pacientes del grupo de Hipnosis tenían medias significativamente más bajas en malestar emocional pre-cirugía, estado de ánimo deprimido, y ansiedad. Asimismo mostraban medias más altas en relajación que las pacientes del grupo control. Todo ello llevó a los autores a concluir que una intervención breve previa a la operación podría ser un medio eficaz de controlar el malestar pre-cirugía en mujeres que tienen que pasar por este procedimiento quirúrgico encaminado a obtener o descartar un diagnóstico de cáncer de mama.

El objetivo primordial de esta técnica anti-estrés con refuerzo de audio posterior en casa fue instruir a la paciente a experimentar la sensación de calma, control y relajación mientras visualizaba su tratamiento. A través de la instauración de un estado hipnótico se promueve crear un estado psicológico en el que la paciente tenga un espacio para reasociar y reorganizar su mundo interno y acceder así a recursos de su psique interior. Una vez localizados puede experimentarlos a través de un fenómeno hipnótico que tiene lugar en la profundización de la terapia que es

la reorientación al futuro, es decir acceder a la experiencia de sentirse ahora en calma, control y relajación mientras visualiza un tiempo futuro concreto, dando la oportunidad a la mente de procesar esta experiencia “in vitro” como un suceso real y experimentado que posteriormente será reproducido de forma automática “in vivo”.

Durante la terapia se utilizó una técnica de inducción conversacional y permisiva, ya que sabemos que teóricamente el 90% de la población tiene la capacidad de acceder a un estado de profundización leve y que es fácilmente reconocible porque se enlentece la respiración, se traga con más frecuencia, los músculos faciales se relajan y aparecen movimientos rápidos detrás de los párpados cerrados.

6.2. Discusión de la muestra y del método.

El perfil de la paciente.

La incidencia del cáncer de mama está en aumento sobre todo en los países desarrollados. A pesar de este incremento en la incidencia, la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años. En España esta disminución se atribuye a los programas de detección precoz como la realización de mamografías bianuales de cribado en mujeres mayores de 50 años así como a los avances en el tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama ⁽¹⁰⁵⁾.

De las neoplasias de mama diagnosticadas tan sólo un 1% de ellas se presentan en varones. La supervivencia media en Europa es del 93% al primer año y del 73% a los cinco años ⁽¹⁰⁶⁾. Se calcula que sólo un 5% de los nuevos pacientes debutan a su diagnóstico con enfermedad metastásica.

Esta información previamente revisada concuerda con los resultados de la media de la muestra global del estudio donde el 100% eran mujeres y menos de un 5%, aproximadamente un 3% se encontraban en el estadio IV o enfermedad metastásica.

Esta forma de tratamiento multidisciplinar se ha asociado a una disminución en la tasa de mortalidad del cáncer de mama⁽¹⁰⁷⁾.

Existen cinco estadios: estadio 0, que es un carcinoma ductal in situ no invasivo y los estadios del I al IV que representan un cáncer de mama invasivo.

Se puede resumir con respecto a las variables sociodemográficas de la muestra global al inicio del estudio que el perfil medio de la paciente diagnosticada de cáncer de mama y a la espera de tratamiento radioterápico adyuvante en la muestra global de este proyecto tenían más de 50 años, estaba casada con dos hijos, se encontraba de baja laboral y se le había diagnosticado la enfermedad en un estadio precoz IA.

Si se traduce a la práctica el perfil sociodemográfico y clínico de la paciente tipo del estudio, resultaría el de una paciente que podía andar a paso ligero, que se sentía levemente molesta por sentimientos como la ansiedad y la depresión, cuyas actividades sociales se habían resentido ligeramente por la enfermedad, que tenía ligeras dificultades en la realización de su vida cotidiana, que consideraba su estado de salud igual que en las dos semanas previas, percibiendo su estado de salud en general como bueno y que presentaba dolor muy leve.

El método.

La intervención anti-estrés y refuerzo posterior con audio fue ofrecido a las pacientes que acudían por primera vez a la consulta de Radioterapia Oncológica, para preparar su tratamiento adyuvante con Radioterapia.

La inmensa mayoría de estas pacientes habían sido diagnosticadas en los previos seis o cuatro meses anteriores, siendo casi todas ellas “casos nuevos”, y un pequeño porcentaje eran recaídas de procesos neoplásicos de mama anteriores. Muchas de ellas habían descubierto la enfermedad gracias al programa de cribado de prevención de cáncer de mama que tiene lugar en Aragón cada dos años entre

las mujeres de 50 años a 64 años, otras se les había detectado la enfermedad a través del descubrimiento de algún bulto o signo de alarma en la mama.

Hubiese sido interesante de haber tenido un tamaño muestral mayor, ver la relación con la ansiedad y la depresión de estas variables individuales de cada paciente: nuevo caso de diagnóstico, recaída, descubrimiento fortuito, por mamografía programada o derivados por síntomas de alarma y búsqueda activa de atención médica .

A la llegada a la consulta, la gran parte de las pacientes habían sido ya intervenidas en su mayoría con cirugía conservadora de la mama, lumpectomía y biopsia de ganglio axilar centinela.

Algunas de ellas ya habían recibido los resultados de la anatomía patológica de la biopsia y de los marcadores genéticos por lo que conocían su estadio y plan terapéutico.

Sin embargo otro grupo de mujeres estaban a la espera de resultados y de conocer su tratamiento multidisciplinar. Sin duda esta situación era un generador de incertidumbre y estrés que pudo influenciar los niveles basales de ansiedad y depresión. Hubiese sido interesante de haber tenido una muestra más amplia estudiar las diferencias entre niveles basales de ansiedad y depresión entre ambos grupos, las que ya conocían su estadio y plan de tratamiento y las que aún lo desconocían.

Se sabe por los resultados, que el 93,1% de toda la muestra se encontraba en el momento del inicio del estudio diagnosticada de enfermedad precoz, ya que se encontraban en los estadios: 0, IA, IB, IIA, IIB (T2N1) y menos del 3% de nuestra muestra global estaban en un estadio IV (metástasis).

La mayoría de las pacientes a las que se les ofertó el programa de técnicas anti-estrés aceptaron participar. Las razones por las que algunas pacientes rechazaron el ofrecimiento fueron: vivir fuera de Zaragoza ya que el Hospital Miguel Servet es uno de los centros de referencia para todo Aragón de tratamiento radioterápico, otras en su inmensa mayoría mayores de 70 años, por la falta de confianza y

conocimientos informático que eran necesarios para acceder al audio de refuerzo, otras por falta de recursos económicos o no poseer un ordenador en su domicilio. Al no haber tenido apoyo financiero para esta Tesis no se les pudo facilitar otros medios para la audición del audio, esta característica de la muestra puede explicar porque el rango de edad de nuestra población a estudio sea relativamente joven de 31 años a 70 años.

La mayoría de las pacientes que escucharon el audio de refuerzo, lo hicieron en una media de 15 veces sobre un mes, tal como se recogió en la evaluación post test del grupo de intervención. Aunque en la mayoría de los casos no fue por falta de motivación si no por otras causas como falta de recursos económicos, no tener ordenador en el domicilio etc.

Sin embargo cuando se les preguntó si lo hubiesen escuchado más de no haber tenido estos problemas, gran parte de ellas respondieron que si, porque les había resultado útil, algunas de ellas lo utilizaron como hipnótico antes de dormir.

Casi todas las pacientes aprendieron a reproducir por si misma este estado óptimo interior de calma, control y relajación a través de las práctica, **auto-hipnosis** al final del estudio. Hubiese sido interesante medir el efecto en la diferencia de niveles de ansiedad y de depresión de estas variables comentadas en el párrafo anterior como: número de veces que escucharon el cd, número de veces que realizaban la técnica por si mismas y medir la diferencia entre ellas y el grado de refuerzo de la técnica.

La mayoría de las pacientes que al inicio del estudio ya habían sido diagnosticadas previamente de trastorno de ansiedad o depresión estaban tomando tratamiento.

Así en el grupo intervención el 25% estaban diagnosticadas y en tratamiento frente a un 35% aproximadamente en el grupo control.

Es notable observar como estas cifras si coinciden con las prevalencias de ansiedad y de depresión conocidas en la bibliografía⁽¹⁰⁸⁾.

Si estudiamos de forma más profunda los datos, observaremos que la totalidad de las pacientes en ambos grupos con un diagnóstico de depresión estaban en tratamiento. Sin embargo no sucedía lo mismo con las pacientes diagnosticadas

previamente al estudio de trastorno de ansiedad, en la que se observaba más disparidad en los datos, algunas no estaban tratadas, la mayoría se les había prescrito alguna benzodiacepina y un pequeño porcentaje estaban en tratamiento antidepresivo. Hubiese sido conveniente haber vigilado los posibles cambios, supresión e introducción de psicofármacos en la muestra global a lo largo del estudio, sin embargo se asume que al tratarse de muestras homogéneas este factor se habría distribuido de igual forma en ambos grupos, el de intervención y el de control.

En el estudio multivariante de los resultados, se puede concluir que en relación con la ansiedad se encuentran diferencias significativas en relación con la intervención, lo que confirma una vez más la utilidad de esta técnica anti-estrés y audio de refuerzo posterior como medida ansiolítica en este grupo de pacientes, también se observaban diferencias significativas con la puntuación de calidad de vida inicial. Es fácil intuir como ambos factores pueden verse influidos entre si, y como al mejorar el nivel psicológico del paciente es muy probable que también mejore la percepción de su estado de salud.

En el análisis multivariante de los resultados, podemos resaltar que en relación con la depresión se encuentran diferencias significativas con la intervención, aunque algo menor que con lo obtenido con la ansiedad. Este dato confirma una vez más la utilidad de esta intervención en la mejora del estado emocional de la paciente y también se pudieron observar diferencias significativas con la puntuación de la ansiedad inicial. Este resultado tiene sentido ya que en la mayoría de los casos hay de base un trastorno mixto de ansiedad y depresión subyacente.

Para finalizar en el análisis multivariante de la calidad de vida, también obtenemos diferencias significativas en relación con la intervención y con el nivel de ansiedad inicial. A mayor ansiedad inicial peor percepción de la calidad de vida por la paciente.

Tras la discusión de los resultados, se puede concluir que la aplicación de estas técnicas anti-estrés pueden ser de utilidad para gestionar la ansiedad y estado emocional de las pacientes diagnosticados de cáncer de mama. Enseñarles y motivarles a aprender y reproducir estas técnicas anti-estrés basadas en

Mindfulness, Programación Neuro-lingüística e Hipnosis Clínica cuya base primordial es la experimental como en las terapias de tercera generación, podría incidir en una mejora de la calidad de vida, de un estado psicológico y como resultado de una disminución del coste sanitario.

6.3 Aspectos positivos del estudio.

- Uno de los objetivos de este estudio para las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que habían participado en el estudio fue aprender a reconocer el círculo del estrés, así como pararlo y resetearlo a través de la práctica de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica (auto-hipnosis) enseñadas en este proyecto de investigación.
- Otro objetivo del presente proyecto de investigación fue aumentar la autosuficiencia y la confianza del paciente en su capacidad de manejar el estrés ante las demandas de la enfermedad en su día a día. Una vez que había experimentado que es posible elegir con qué estado emocional afrontar cualquier situación diaria, desde la aceptación y el no juicio, centrándose en la respiración y en el cuerpo como anclaje con el momento presente.
- Además las pacientes que participaron en el grupo intervención aprendieron a reconocer el círculo del sufrimiento secundario y a elegir el estado emocional con el que responder ante una situación problema, a través de estrategias anti-estrés y de gestión emocional que posteriormente podrían auto administrarse en los momentos en que más lo necesitaron, como por ejemplo durante su tratamiento, a la espera de resultados e incluso algunas de ellas comentaron como habían compartido estas técnicas con sus familias que como es esperable también estaban en una situación de ajuste emocional y estrés.

- A través de la práctica de estas técnicas se puede desarrollar la capacidad de “responder a demanda” con “calma, relajación y control”, desactivando los automatismos internos y activando procesos bioquímicos beneficiosos en el interior del organismo a través de lo que se conoce “las moléculas de la emoción”, que pueden influir en la psico-neuro-inmunología del paciente de una forma favorable.
- De igual forma a través del aprendizaje de estas técnicas basadas en las enseñanzas de las terapias de tercera generación psicológicas que postulan un acceso experimental a la hora de producir “el cambio”. En el paciente se activan las diferentes formas de modular la experiencia ante una misma situación problema, aumentando la resiliencia al estrés y produciendo cambios psiconeurobiológicos a través de la neuro-plasticidad del cerebro.
- A través del acercamiento a técnicas de Mindfulness “aprender a concentrarse en el aquí y en el ahora” se minimiza los automatismos cognitivos principales en el paciente con cáncer que son la evitación y la cavilación, ambos son dos de los mecanismos psicopatógenos más frecuentes en el contexto oncológico. De igual forma se aumentan la capacidad de aceptación y compasión por uno mismo y por los demás.

6.4 Limitaciones del estudio.

Las principales limitaciones a este estudio estuvieron determinadas por:

- La limitación temporal marcada por los plazos para la presentación de la presente investigación como proyecto de Tesis Doctoral, lo que condicionó en parte la toma , recogida, tratamiento y evaluación de la muestra.
- El horario restringido a las tardes por motivos laborales de la autora.

- El espacio disponible para la realización de la sesión. La consulta de Oncología Radioterápica está dentro de un servicio con alta demanda incluso en horario de tarde, por lo que los ruidos exteriores a la consulta, las llamadas de los pacientes por el megáfono, el ruido de las voces, los pasos, los teléfonos y las puertas fueron inevitables. Estas interferencias son factores que alteran de forma importante los procesos y técnicas de relajación.
- La falta de financiación específica para este proyecto condicionó que no se dispusiera de mayores recursos para la ampliación de la muestra y la recogida de datos.

De no haber sufrido estas limitaciones, y pensando en posibles futuras investigaciones y en extensiones de la misma, las posibles mejoras serían:

- Aumentar el tamaño de la muestra y la recogida de las variables asociadas.
- Realizar una evaluación de seguimiento a los tres, seis meses y un año después de la evaluación post intervención.
- Acceder a un mayor número de pacientes que hubiesen tenido mayor disponibilidad para realizar la sesión en turno de mañana o en el turno de tarde.
- Haber dispuesto de un lugar más apropiado para la realización de la intervención de anclaje, con un sofá de relajación, luz tenue, silencio etc.
- De haber dispuesto de financiación se hubiese podido ampliar la información y educación psico-emocional con material escrito y una mejor calidad de los audios y sesiones que podría haber sido en formato audio y no sólo en cd para ordenador, o incluso en otra forma más accesible como cursos online o cursos presenciales. Evitando así que hubiese pacientes que tuvieran dificultades para escuchar el audio de forma regular por no poseer de ordenador o de recursos económicos suficientes.

- Se hubiese podido incluir en el programa a los familiares directos de las pacientes: parejas, hijos y padres.

6.5 Futuras líneas de investigación.

Resumiendo el objetivo general de las futuras investigaciones sería demostrar la utilidad de estas técnicas anti-estrés y de gestión emocional en una mayor muestra de pacientes con cáncer de mama y extenderlo también a sus familias, en las diferentes fases de la enfermedad: detección, diagnóstico, tratamiento, remisión y recaída e incluso extenderlo en los cinco próximos años después de haber sido dada de alta del tratamiento durante su seguimiento.

La intención de este recurso mejorado de autoayuda con información y educación psico-emocional, estrategias anti-estrés y de gestión emocional sería potenciar un buen ajuste en el proceso de enfermedad para la paciente y para su familia aumentando la capacidad de control en manejar las emociones y las situaciones difíciles en la evolución de la enfermedad.

Aunque a lo largo de los años muchas pacientes pueden adaptarse y recuperar su calidad de vida inicial, el objetivo de una intervención psicosocial sería facilitar este proceso, evitar el sufrimiento secundario y conseguir la máxima recuperación lo antes posible. Es decir que la paciente y su familia reciba apoyo lo antes posible a fin de mantener o recuperar la calidad de vida que pudiese resultar alterada por la enfermedad y/o su tratamiento.

De igual forma se podrían plantear estudios más extensos en el tiempo en donde se comparara la eficacia de la práctica de estas técnicas auto-administradas por el paciente.

También sería interesante medir los posibles cambios bioquímicos y con técnicas de imagen que pudiesen producirse en el paciente y que reflejaran una mejora a nivel neurofisiológico y psiconeuroinmunológico.

Hubiese sido conveniente repetir el seguimiento de ambos grupos control e intervención a los 3 y 6 meses, tras la práctica auto administrada en casa con apoyo de audios de recuerdo durante este tiempo, para saber si los síntomas de ánimo disminuyen con la práctica habitual de estas técnicas anti-estrés.

Aprender a relajarse y gestionar las emociones es muy probable que produzca un cambio en el estilo de vida y sus beneficios puedan sentirse a largo plazo.

Además cuando bajo hipnosis se dan sugerencias, las áreas sensoriales o motoras implicadas en la sugestión, son activadas incluso más que en un estado de no hipnosis⁽¹⁰⁹⁾. Por lo que es muy conveniente enseñar a los pacientes a auto-inducirse ese estado ampliado de conciencia de auto-hipnosis.

En general, y según la investigación revisada por E. Mendoza y A. Capafons en la Universidad de Valencia, cuando se utiliza la hipnosis como un coadyuvante a otras intervenciones médico-psicológicas, incrementa la eficacia y/o eficiencia de tales intervenciones⁽⁵⁶⁾. De ahí el interés de fusionar diferentes terapias psicológicas como la Terapia Cognitiva Conductual con la Hipnosis Clínica.

Existe suficiente bibliografía que apoya la utilización de la Hipnosis en el paciente con cáncer⁽¹¹⁰⁾ para ayudarles a manejar el dolor⁽¹¹¹⁾, a reducir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos⁽¹¹²⁾ y a reducir la hiperémesis posterior a la quimioterapia^(113,114).

Aunque existen estudios⁽²⁵⁾ que no recomiendan de forma generalizada la utilización de cuestionarios de screening rutinarios para la detección de ansiedad y depresión en las pacientes oncológicas salvo que exista factores de riesgo específicos, parece adecuado dada la alta prevalencia del sufrimiento significativo detectado en estas pacientes mayor del 40%⁽⁴⁾, que se respalden las intervenciones psicosociales ya sea de forma individual o en forma de grupos de intervención psicológica.

Tras el tratamiento muchas pacientes siguen sufriendo alteraciones corporales, miedo a la recurrencia y disfunciones sexuales⁽¹¹⁵⁾. Continuar con técnicas anti-estrés una vez finalizado el tratamiento y hacerlo extensivo a la familia podría ser de utilidad para la paciente y su entorno familiar.

En un meta-análisis⁽¹¹⁶⁾ publicado en 2013 en la revista *The Lancet Oncology*, donde se revisaron 43 estudios se concluyó que la depresión afectaba al 14% de las personas supervivientes de cáncer y la ansiedad al 29%. Considerando superviviente de cáncer a las pacientes que habían sobrevivido al menos 2 años al tratamiento. En el mismo estudio también se demostró que los hombre de parejas diagnosticadas de cáncer de mama tenían más probabilidades de desarrollar depresión y otros trastornos de ansiedad en comparación a los hombres cuyas mujeres no habían sido diagnosticadas de cáncer. Esta bibliografía apoyaría la conveniencia de extender este apoyo psico-social también al ámbito familiar.

A la luz de estos estudios podemos decir que el Mindfulness podría cambiar el cerebro de diferentes formas, pudiendo activar nuevos caminos neuronales que mejoran la integración cerebral y pueden incluso cambiar la expresión genética, beneficiando de esta forma a nuestra descendencia⁽¹¹⁷⁾.

Para terminar remarcar que la intención principal de esta Tesis Doctoral fue medir la eficacia ansiolítica de las técnicas anti-estrés aquí presentada, creadas a partir de la fusión de diferentes terapias introducidas en este trabajo como son el Mindfulness, la Programación Neuro-lingüística y la Hipnosis Clínica.

La creación de un protocolo estructurado, sencillo de reproducir en la consulta médica o de enfermería que permitiese brindar a las pacientes de herramientas de apoyo en la gestión emocional y del estrés fue el principal objetivo del estudio.

Una estructura simple y breve en el tiempo, fácil de aprender y de transmitir desde la consulta a la paciente e incluso desde la paciente a la familia.

Estructura que contiene diferentes apartados:

- La psico-educación, qué es y cómo resetear el ciclo del estrés, qué es y cómo frenar el círculo cognitivo de la tensión y el sufrimiento.

Recordando a Epiteto, *“No es lo que ocurre lo que atormenta al hombre, si no los pensamientos que tiene sobre ello”*.

- Aprender Mindfulness, el arte de vivir el presente, desligarse de la inercia de viajar constantemente al pasado y al futuro⁽¹⁸⁾ , observar los pensamientos como sucesos externos, como nubes pasajeras en el cielo de la mente, observándolas, aceptándolas sin juicio y sin necesidad de reaccionar ante ellos, dándose tiempo para elegir la respuesta adecuada.
- Respirar en el presente, conocer las técnicas básicas de auto hipnosis para acceder de forma inmediata y automática a un estado consciente especial de la mente donde es más sencillo modelar, cambiar y reorganizar creencias internas, base de conductas, emociones y sensaciones.
- Desde ese espacio interior, crear el estado óptimo de respuesta al tratamiento, en calma, relajación y control, anclarlo a través de la técnica de anclaje de la Programación Neuro-lingüística, para poder acceder a él en cualquier momento necesario, reorientándonos al futuro “in vitro” para experimentar el proceso terapéutico o diagnóstico en calma, relajación y control. De forma que la mente experimenta como “real” la experiencia y facilita revivir la situación “in vivo” de una forma natural anclado a ese estado óptimo de calma, relajación y control.

Consideramos que por todo lo dicho anteriormente estas intervenciones de apoyo emocional no deberían considerarse opcionales sino que deberían formar parte del enfoque global e integral de las pacientes. Intervenciones que ofrecen a la paciente un extra de atención e incrementan la satisfacción con el tratamiento y sus cuidados.

7. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones al finalizar este trabajo doctoral son las siguientes:

1. El 51,7% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y a la espera de iniciar radioterapia adyuvante en la muestra de estudio son probable caso de ansiedad.
2. El 48,3% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y a la espera de iniciar radioterapia adyuvante en la muestra de estudio son probable caso de depresión.
3. El 25% de las pacientes del grupo intervención que participaron en el estudio de técnicas anti-estrés estaban diagnosticadas de trastorno de ansiedad y/o depresión y de las cuales un 32,1% tomaban psicofármacos. De manera que podemos concluir que alrededor de un 10% estaban infradiagnosticadas previo al inicio del estudio si tomamos como referencia la bibliografía mencionada con anterioridad que indicaba que aproximadamente un 40%⁽⁴⁾ de las pacientes con cáncer padecen de sufrimiento psicológico importante.
4. Tras la intervención anti-estrés propuesta en esta Tesis Doctoral basada en técnicas de Mindfulness, Programación neurolingüística e Hipnosis Clínica y refuerzo posterior en casa con audio se produjo una disminución de un 83,3% en los casos de ansiedad en el grupo intervención frente a un 11,1% en el grupo control.
5. Finalizada la intervención anti-estrés comentada en esta Tesis Doctoral basada en técnicas de Mindfulness, Programación neurolingüística e Hipnosis Clínica y posterior refuerzo en casa con audio de las técnicas aprendidas en la sesión individual de anclaje se produjo una disminución

de un 60% en los casos de depresión en el grupo intervención frente a un 47,4% en el grupo control.

6. La intervención anti estrés y de refuerzo posterior planteada en este estudio de integración basada en técnicas de Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica demostró su eficacia en el grupo intervención midiéndose una disminución en la media de ansiedad tanto con el cuestionario de ansiedad-depresión de Goldberg EADG de screening como con el test Hospital Anxiety Depression, HAD o prueba confirmatoria.
7. La técnica anti estrés de integración de técnicas basadas en Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica, investigada en este estudio demostró su eficacia en la muestra de estudio y se pudo observar una disminución en la media de depresión del grupo intervención tanto medido con el cuestionario de ansiedad-depresión de Goldberg EADG de screening como con el test Hospital Anxiety Depression, HAD o prueba confirmatoria.
8. La calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y a la espera de iniciar radioterapia adyuvante en la muestra global del estudio fue buena, estando en niveles medios, superando la media del 50% en todas las áreas medidas de calidad de vida en el COOP-WONCA tales como: capacidad física, sentimientos, actividades diarias, actividades sociales, cambios de salud, salud global y dolor. No se produjeron diferencias notables más allá de una leve mejoría entre las medidas pre-test y post-test tanto en el grupo intervención como en el grupo control.

9. Una vez finalizada la intervención anti-estrés y de refuerzo posterior estudiada en esta Tesis Doctoral basada en técnicas de Mindfulness, Programación neurolingüística e Hipnosis Clínica y posterior refuerzo en casa con audio de las técnicas anti-estrés aprendidas en la sesión individual de anclaje se produjo un aumento de un 7% en la calidad de vida en el grupo intervención medida con el IBP, Índice de Bienestar Psicológico.
10. El 80,4% de las pacientes que participaron en el estudio recomendarían la administración, reproducción y aprendizaje de estas técnicas anti-estrés a otras pacientes que estuviesen en su misma situación por su utilidad en el control de la ansiedad y como herramienta de gestión emocional.
11. La satisfacción de las pacientes que intervinieron en nuestro estudio de intervención anti-estrés y refuerzo posterior basada en técnicas de Mindfulness, Programación neurolingüística e Hipnosis Clínica fue de un 4,1 sobre 5, siendo la puntuación máxima 5, en el grupo intervención siguiendo una escala tipo Likert. Es decir la satisfacción de haber participado en este proyecto de investigación de técnicas anti-estrés fue muy alta.

8. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

8. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

8.1. Introducción. El cáncer de mama.

• Tabla 1. Factores de riesgo asociados.....	33
• Tabla 2. Estratificación. TNM.....	36
• Tabla 3. Estratificación. Estadios.....	37
• Figura 4. Esquema de tipos de tratamientos multidisciplinar.....	38
• Tabla 5. Esquema multifactorial de la calidad de vida.....	40
• Figura 6. El ciclo del estrés.....	43
• Figura 7. Base neurofisiológica del estrés.....	45
• Tabla 8. Clasificación de ansiedad y depresión según el DSM-5.....	48
• Figura 9. Modelo cognitivo del estrés por Moore y Grey.....	51
• Tabla 10. Intervenciones psicológicas individuales.....	56
• Tabla 11. Modelos de intervención que utilizan Mindfulness.....	58
• Tabla 12. Actitudes fundamentales en la práctica del Mindfulness.....	60
• Tabla 13. Modalidades y sub-modalidades en PNL.....	65
• Figura 14. Acceso ocular en PNL.....	66
• Tabla 15. Sistema representacional en PNL.....	66
• Tabla 16. Filtros en PNL.....	67
• Tabla 17. Mitos y miedos en Hipnosis Clínica.....	71
• Tabla 18. Fenómenos hipnóticos.....	75
• Tabla 19. El lenguaje hipnótico. Milton Model.....	76
• Tabla 20. Similitudes en el concepto de las técnicas estudiadas.....	78

8.2. Metodología. Resultados.

• Tabla 21. Variables del estudio.....	100
• Figura 22. Algoritmo de participación.....	106
• Tabla 23. Distribución de las pacientes interesadas en el estudio.....	107
• Tabla 24. Edad de la muestra global.....	108
• Figura 25. Histograma de la edad de la muestra global.....	108
• Tabla 26. Estado civil de la muestra global.....	109
• Figura 27. Frecuencia del estado civil de la muestra global.....	109
• Tabla 28. Estado laboral de la muestra global.....	110
• Figura 29. Frecuencia del estado laboral en la muestra global.....	110
• Tabla 30. Número de hijos de las pacientes de la muestra global.....	111
• Figura 31. Frecuencia del número de hijos de la muestra global.....	111
• Tabla 32. Estadio diagnóstico del cáncer de mama en la muestra global..	112
• Figura 33. Frecuencia de estadios diagnósticos del cáncer de mama en la muestra global.....	112
• Tabla 34. Descriptivo sociodemográfico del grupo experimental y el grupo control.....	113
• Tabla 35. Descriptivo del estado de ansiedad y depresión del grupo intervención y el grupo control al principio de la muestra. (EADG).....	114
• Figura 36. Proporción de número de casos de ansiedad y depresión en la muestra global al inicio del estudio.....	114
• Tabla 37. Pacientes tratadas y/o diagnosticadas de trastorno de ansiedad y/o depresión al inicio del estudio en la muestra global.....	115
• Figura 38. Proporción de pacientes tratadas y/o diagnosticadas de trastorno de ansiedad y/o depresión al inicio del estudio en la muestra global.....	115
• Tabla 39. Descriptivo del estado de calidad de vida medido por las láminas COOP-WOOP en el grupo intervención y el grupo control en el momento inicial.....	116

- [Figura 40.](#) Frecuencia de las medias de los aspectos de calidad de vida en la muestra global. COOP-WOOP117
- [Tabla 41.](#) Descriptivo de las medias de ansiedad y depresión en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio118
- [Figura 42.](#) Comparativo de las medias de ansiedad y depresión en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio118
- [Tabla 43.](#) Descriptivo comparativo del estado de calidad de vida en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio119
- [Figura 44.](#) Comparativo de las frecuencias de las medias del estado de calidad de vida en el grupo intervención y en el grupo control antes de iniciar el estudio119
- [Tabla 45.](#) Descriptivo de las medias de ansiedad y depresión pre-test y post-test en el grupo intervención121
- [Figura 46.](#) Descriptivo de las medias de ansiedad y depresión pre-test y post-test en el grupo intervención122
- [Tabla 47.](#) Comparativo de medias de calidad de vida pre-test y post-test en el grupo intervención123
- [Figura 48.](#) Comparativo de medias de calidad de vida pre-test y post-test en el grupo intervención123
- [Tabla 49.](#) Descriptivo del porcentaje de cambio en las medias de ansiedad y depresión entre el grupo control y el grupo intervención pre-test y post-test124
- [Tabla 50.](#) Descriptivo cambio de estado: casos de ansiedad en el grupo y el grupo intervención en el estudio125
- [Tabla 51.](#) Descriptivo cambio de estado: casos de depresión en el grupo control y el grupo intervención en el estudio126
- [Tabla 52.](#) Descriptivo del cambio de porcentaje de casos de ansiedad en el grupo control y el grupo intervención en el estudio127
- [Tabla 53.](#) Descriptivo del cambio de porcentaje de casos de depresión en el grupo control y el grupo intervención en el estudio127
- [Tabla 54.](#) Descriptivo de diferencias de medias en el cambio de estado de calidad de vida en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.128

- [Figura 55.](#) Descriptivo cambio de estado en calidad de vida en el grupo control y el grupo intervención en el estudio.....128
- [Tabla 56.](#) Variables estudiadas en el análisis multivariable ansiedad.....129
- [Tabla 57.](#) Resumen del modelo análisis multivariante ansiedad.....130
- [Tabla 58.](#) ANOVA ansiedad. Análisis multivariante ansiedad.....130
- [Tabla 59.](#) Coeficientes a. Análisis multivariante ansiedad.....130
- [Tabla 60.](#) Variables estudiadas en el análisis multivariable depresión...131
- [Tabla 61.](#) Resumen del modelo análisis multivariante depresión.....132
- [Tabla 62.](#) ANOVA depresión. Análisis multivariante depresión..... 132
- [Tabla 63.](#) Coeficientes a. Análisis multivariante depresión.....132
- [Tabla 64.](#) Variables estudiadas, análisis multivariante calidad de vida.....134
- [Tabla 65.](#) Calidad de vida. Resumen del Modelo.....135
- [Tabla 66.](#) ANOVA. Calidad de vida.....135
- [Tabla 67.](#) Calidad de vida. Coeficientes.....135
- [Tabla 68.](#) Media de satisfacción en el estudio.....136
- [Figura 69](#) Porcentaje de satisfacción de las pacientes.....136

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velikova G, Selby PJ, Snaith RP et al. The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychother Psychosom.* 1995; 63:(3-4): 181-4.
2. Payne SA, A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy. *Soc Sci Med.* 1992; 35:(12): 1505-9.
3. Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD et al. Efficacy and cost of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2002; 20:(12): 2851-62.
4. Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2010; 28 (33): 4884-91.
5. Marzo Castillejo M et al. Estrategias de prevención del cancer. *Aten Primaria.* 2007; 39(supl 3): 47-66.
6. Zahl P, Strand BH; Maelhen J,. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ.* 2004; 328:921-924.
7. Kesson EM, Allardice GM, George WD et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13.722 women. *BMJ.* 2012; 344:e2718.
8. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2015. Atlanta: American Cancer Society, 2015.

9. American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual Seventh. New York: Springer-Verlong; 2010.
10. Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*.1991; 67:1097-117.
11. Navarro S. Calidad de vida: Parámetros de las ciencias de la salud. *NFT*. 1994; 7:11-2.
12. Agra. V et al. Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cancer. *Med Clín*. 1998; 110(18).
13. Badia X, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escala de medición en español. Barcelona: Lilly; 2007.
14. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM et al. Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*. 1991; 3:283-96.
15. Tirapu J, Rios M, Maestú F. Manual de Neuropsicología. Edición. Barcelona: Viguera; 2008.
16. Turner B. The cortical sequence and terminal distribution of sensory related afferents to amygdaloid complex of the rat and monkey. In Ben-Ari, ed. New York: Elsevier; 1981.
17. Brann, A. Neuroscience for coaches. How to use the latest insights for the benefit of your client. London: Kogonpage; 2015.
18. National Cancer Institute. Adaptación al cancer: ansiedad y sufrimiento. www.cancer.gov; 2014.

19. Antoni MH, Wimberly SR, SC Lechner et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry* 163 (10): 1791-7, 2006.
20. Deshields T, Tibbs T, Fan MY, et al. Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*. 2005;13 (12): 1018-1026, 2005.
21. Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford: Oxford University Press; 2008.
22. Bartle Trish. Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer. Bilbao. Guía Práctica. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer; 2014.
23. Hegel M, Moore CP, Collins ED, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer.
24. Rowland J, Holland J, Chaglassian T, Kinne D. Psychological response to breast reconstruction. Expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics* 1993; 34(3):241-50.
25. Font A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en cáncer. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Psicología de la Salud. Pirámide. 2003; 86-92.
26. Almonacid V, Barreto MP. Un programa de apoyo psicosocial dirigido a la mujer con cáncer de mama. *Oncología*. 1996; 19(1):45-51.

27. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J. & Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13, 27-45.
28. Hayes S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004; 35: 639-665.
29. Lavilla, M., Molina, D., & López, B. (2008). *Mindfulness o cómo practicar el aquí y ahora*. Barcelona: Paidós.
30. Miró MT, Simón V. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
31. Kabat-Zinn, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 1982; 4(1): 33-47.
32. Germen C.K, Siegel R.D, Fulton P.R. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford; 2005.
33. Bishop S.R. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*; Autumn 2004; 11, 3; 230.

34. Kabat-Zinn, J. Vivir con Plenitud las Crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad (Trad. Días, F. T., & Péres, P.). Barcelona: Kairós; 2004.
35. Siegel, D. J. The Mindful Brain. New York: Norton & Company; 2007.
36. Teasdale J. D, Segal Z., & Williams J. M. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behaviour Research and Therapy. 1995; 33(1): 25–39.
37. Carlson LE, Beattie TL, Giese-Davis J, Faris O, Tamagawa R, Fick LJ, Degelman ES, Speca M. Mindfulness-based cancer therapy recovery and supportive-expressive Maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. Cancer. 2014.
38. Lazar S. W., Kerr C. E., Wasserman R. H., Gray J. R., Greve D. N., Treadway M. T., McGarvey M. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research. 2005; 16(17), 1893-1897.
39. Lazar SW et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. Neuroreport. 2005 Nov 28; 16(17): 1893-7.
40. Lutz A, Greischar LL, Perlman D, Davidson RJ. Bold signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices. Neuroimage. 2009; 47:1038-1046.
41. Spiegel D, White M, Waelde L. Hypnosis, mindful meditation, and brain

- imaging. Hypnosis and hypnotherapy: vol.1, Neuroscience, personality and culture factors. Santa Barbara. CA: Praeger. 2010; 37-52.
42. Brown D. Evidence-based hypnotherapy for asthma: A critical review. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2007; 55,220-249.
43. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delta; 1990.
44. Segal Z. V, Williams S, and Teasdale J. Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford; 2002.
45. Solberg EE et al. Meditation: a modulator of the immune response to physical stress? A brief report. Br J. Sports Med. 1995 Dec; 29(4): 255-7.
46. Tacón A. Meditation as a complementary therapy in cancer. Family & community Health. 2003; 26(1),64-73.
47. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2), 144-156.
48. Hensley P, Nadiga D, Uhlenhuth E. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. Depression And Anxiety. 2004; 20(1), 1-7.
49. Coehlo H, Canter P, Ernst E. Mindfulness-based Cognitive Therapy: Evaluating current evidence and informing future research. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007; 75(6).

50. Foley E, Huxter M, Baillie A, Price M, Sinclair E. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2010; 78(1), 72-79.
51. Fitzpatrick L, Simpson J, Smith A. A qualitative analysis of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in Parkinson's disease. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 2010; 83(2), 179-192.
52. O'Doherty V, Carr A, Kehoe A, Graham I. Evaluating Mindfulness based cognitive behavioural group intervention for patients with coronary heart disease and depression [Resumen]. *Psychology & Health*. 2009; 2413-424.
53. Omid, A. & Batooli, F. Efficiency of combined mindfulness based cognitive therapy with cognitive behaviour therapy in tension headache [Resumen]. *Psychology & Health*. 2009; 2413-424. Recuperado de EBSCOhost.
54. Horna B. PNL, Inteligencia Emocional, LNV e Hipnosis. Porque sí puedo y quiero. Madrid: MHRP; 2010.
55. Crawford, H. Brain dynamics and hypnosis: attentional and disattentional processes. *International Journal Clinical and Experimental Hypnosis*. 1994; 42,204-232.
56. Mendoza E, Capafons A. Eficacia de la Hipnosis Clínica. Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 2009. Vol. 30(2), pp. 98-116.
57. Flammer E, Bongartz W. On the efficacy of hypnosis. A meta- analytic study. *Contemporary Hypnosis*. 2003; 20,179-197.

58. Mellinger D. Hypnosis and the treatment of anxiety disorders. In S. Lynn, J. Rhue, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2nd ed., pp. 359-390). Washington, Dc: American Psychological Association; 2010.
59. Yapko, M. *Hypnosis and treating depression: Applications in clinical practice*. New York: Routledge. (Ed.). (2006).
60. Stutman R.K., Bliss, E.L. Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142, 741-743.
61. Néron, S., Stephenson, R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55, 336-354.
62. Graci G, Hardie J. Evidence based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007;55,288-302.
63. Cardeña, E. Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2010; 48, 225-238.
64. Bryant R.A., Moulds M.L., Nixon R.D, Mastrodomenico, J., Felmingham K. Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research and Therapy*. 2005; 44, 1331-1335.
65. Van Dyck R., Spinhoven P. Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of

- panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*. 2007; 21: 172-186.
66. Yapko, M. *Tratado de Hipnosis Clínica*. Madrid: Palmyra; 2008.
67. Lyles J.N., Burish T.G., Krozely M.G., Oldham R.K. Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982; 50, 509-524.
68. Elkins G., Jensen M.P., Patterson D.R. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55: 275-287.
69. Gonsalkorale, W.M. Gut directed hypnotherapy: The Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 54: 27-50.
70. Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence; 2007.
71. Siegel R. *Harnessing mindfulness. Fitting practice to person*. Live web seminar sponsored by The National Institute for the Clinical Application of Behavioural Medicine; 2010.
72. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta; 1990.

73. Baer, R. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10(2), 125-143.
74. Linehan M. Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. 1993.
75. Abba N, Chadwick P, Stevenson C. Responding mindfully to psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*. 2008; 18(1), 77-87.
76. Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán. 1993.
77. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R et al. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993; 12: 345-349.
78. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 67:361-370.
79. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica. Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Departamento psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*. 1996; 13:233-238.
80. López-Roig et al. Assessing anxiety and depression with HADS scale in a Spanish cancer population: A preliminary validation study. *Psycho-oncology*. 1998.

81. COOP-WONCA. Darmouth Coop Functional Health Assesment Charts/WONCA.
82. Lizán L. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. Universidad Miguel Hernández. Tesis doctoral; 1997.
83. Croog SH, Kong BW, Levine S et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. New England journal of Medicine. 1986; 314:1657-64.
84. Badia X, Guitierrez F, Wiklund I et al. Validity and reliability of spanish versión of the General Well-Being Index. Quality life research. 1986; 5:101-108.
85. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.
86. Lobo A, Ezquerro J. El Mini Examen Cognoscitivo, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. Rev Psiquiatr Psicol Med. 1980;14:39-57.
87. Lobo A, Saz P et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin. 1999; 20:112.
88. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140:55-65.

89. Muñoz-Berrio MB, Restrepo V. Diseño y validación de una escala de actitudes hacia el consumo y abuso de alcohol en jóvenes escolares. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 1995; 10-15.
90. Lynda Hudson. Cds and downloads. Breast cancer. Your support through chemotherapy. Hypnotherapy to promote your emotional and physical wellbeing. www.firstwayforward.com.
91. Tiers, M. The anti-anxiety tool kit. Rapid techniques to rewire the brain. , New York: Center for integrative hypnosis; 2011.
92. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*. 1997; 11(8): 1179-1195.
93. Wardle J et al. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *Eur J Soc Psychol*. 2010; 40, 998-1009.
94. Font A, Rodriguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. Universidad autónoma de Barcelona. *Psicooncología*. 2009; Vol. 4, Núm. 2-3, 2007, pp. 423-446.
95. Gabilondo A, et al. "Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project." *Journal of affective disorders*. (2010): 76–85. PMC. Web. 28 Oct. 2015.
96. Jacobb et al. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2015; Sept 16.

97. Symes L. Post traumatic stress disorder: an evolving concept. Arch Psychiatr Nurs. 1995 Aug; 9(4): 195-202.
98. Simón V. Mindfulness y Neurobiología. Revista de Psicoterapia. 2007; XVII(66-67), 5-30.
99. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, et al. Quality of life at the end of primary treatment breast cancer; first results from the moving beyond cancer randomized trial. J Natl Cancer Inst. 2004; 96:376.
100. Oeffinger KC et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 Guideline update from American Cancer Society. JAMA. 2015; Oct 20; 314(15): 1599-614.
101. Lyles Jn et al. Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. Journal of consulting and clinical psychology. 1982; 50, 509-524.
102. Néron, S., & Stephenson, R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2007; 55, 336-354.

103. Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H., Schnur, J.B., David, D., Goldfarb, A., Wetz, C.R., Schechter, C., Graff Zivin, J., Tatrow, K., Price, D.D., Silverstein, J.H. A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*. 2007; 99, 1304-1312.
104. Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*. 2008; 25, 114-128.
105. Myers ER et al. Benefits and harms of breast cancer screening: A systematic review. *JAMA*; 2015 oct; 314(15): 1615-34.
106. Namiranian N et al. Risk factors of breast cancer in Eastern mediterranean region: a systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*; 2014; 15(21): 9535-41.
107. Levi F, Bossetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev*. 2005 Dec; 14(6): 497-502.
108. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*. 2005; 330, 702-707.
109. Holroyd J. Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1996; 44(1).
110. Wood, G.J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., Zadeh, H.H. Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the

- hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. (2003). 45, 179-196.
111. Germer C. K. Mindfulness and Psychotherapy. In Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds). *Mindfulness. What Is It? What Does It Matter?* (pp. 3-27). New York: Guilford Press. (2005).
 112. Blankfield, R.P. Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*; 1991. (33): 1782-1786.
 113. Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., LeBaron, S., LeBaron, C. A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*; 1991.(88): 34-42.
 114. Zeltzer L.K., LeBaron S.M. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*; 1982. (101): 1032-1035.
 115. Kornblith A.B, Ligibel J.A. Psychosocial and sexual adaptation of women with breast cancer. *Seminars in Oncology*. 2003; 30, 799-813.
 116. Mitchell AJ et al. Depression and anxiety in long- term cáncer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Oncology*. 2013; (8): 721-732.
 117. Neece Cl. Mindfulness-based stress reduction for parents of Young children with development delays: implications for parental mental health

and child behaviour problems. J Appl Res Intellect Disabil; 2014 Mar; 27(2). 174-86.

118. Parra M. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia. Universidad de Castilla-La Mancha. Tesis doctoral; 2011.

10. ANEXOS

ANEXO. METODOLOGÍA

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

M	
F	

ESTADO CIVIL:

Soltera	
Casada	
Separada/Divorciada	
Viuda	

Nº HIJOS:

NIVEL DE ESTUDIOS:

Sin Estudios	
Primaria	
Secundaria	
F.P	
Medios Universitarios	
Superiores	
No sabe/no contesta	

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:

Por cuenta propia	
Por cuenta ajena	
Parado	
Incapacidad laboral permanente	
Jubilado	
Ama de casa	
Estudiante	
Otra	

TELÉFONO DE CONTACTO

ENTREVISTA INICIAL

Código:

EDAD:

FECHA:

DIAGNÓSTICO:

FECHA DEL DIAGNÓSTICO:

ESTADIO:

TRATAMIENTO:

EXPERIENCIA PREVIA EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:

1. Cambios físicos, psíquicos y emocionales provocados por el diagnóstico de enfermedad (dolor, fatiga, ansiedad,...) en actividades habituales.
2. Impacto en las relaciones de familia.
3. Expectativas respecto al tratamiento.
4. Síntomas de sufrimiento psicológico.
5. Recursos psicológicos necesarios.


Proyecto de investigación 2015

Nuria Val Jiménez

Eficacia de intervención psicosocial con técnicas anti-estrés

Radioterapia Oncológica. Hospital Miguel Servet

Nuestro objetivo es medir la eficacia del aprendizaje de técnicas anti-estrés.



Este audio es para reforzar la sesión realizada conmigo, sería mejor escucharlo a diario.
No lo escuches conduciendo ni realizando actividades peligrosas.

Bienvenida a este audio, donde voy a enseñarte como puedes aprender por ti misma a respirar y a relajarte de una forma sencilla.

Aprenderás a crear e imaginar en tu interior un espacio único y especial de calma, control y bienestar. Allí podrás acudir siempre que lo necesites. Sabrás que tu mente puede disfrutar de ese espacio interior de calma, control y bienestar mientras tu cuerpo relajado y seguro recibe su tratamiento de una forma efectiva y agradable.

Puedes escuchar este audio por las noches antes de dormir o en cualquier otro momento que desees. Recuerda siempre buscar un lugar tranquilo y seguro, sería conveniente escucharlo a diario, porque cuanto más practiques mas rápidamente y automáticamente obtendrás esta respuesta interna de calma, control y bienestar interior.

¿Comenzamos?

Algunos consejos:

Busca un lugar tranquilo y seguro, donde puedas tener unos minutos para ti. Ponte cómoda, quítate las gafas, lentillas, cinturones, tacones...


Ten a mano una manta, cuando nos relajamos es normal que baje nuestra temperatura.

Visita el baño antes de empezar.

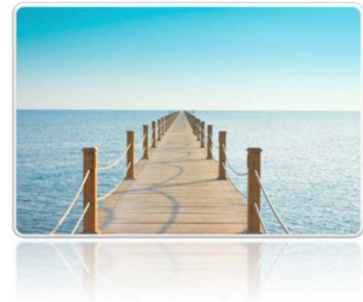
Siéntate con los pies apoyados en el suelo, o tumbada mirando hacia arriba, con las manos sobre los muslos.

Si quieres contactar conmigo o recibir tu audio por correo, puedes hacerlo a través de:

losaudiosdenur@gmail.com
658592774
Dra. Nuria Val Jiménez



Registra aquí cada vez que
oigas el audio:



Relajarte
¿Por qué y para qué?

Dormir mejor
Aumentar el nivel de
energía
Optimismo
Estabilidad emocional
Disminución del estrés
Fortalecer el sistema
inmunitario.



Gracias por colaborar
con nosotros

Escribenos a:
losaudiosdenur@gmail.com

¿Nos cuentas tu
experiencia?

- ¿Cómo fue aprender y practicar estas técnicas anti-estrés para ti?
- ¿Qué fue lo más útil para ti?
- ¿Qué fue lo menos útil para ti?
- ¿Quieres comentarnos algo, hacernos alguna sugerencia para mejorar?

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE:

Estudio experimental de investigación prospectiva para evaluar la eficacia de técnicas anti estrés y de desensibilización sistemática en pacientes diagnosticados de cáncer de mama a la espera de tratamiento con radioterapia en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Estimada paciente:

Soy Nuria Val Jiménez, médico de familia y experta en técnicas anti estrés y de gestión emocional.

Usted ha sido seleccionada por su médico para ofrecerle la posibilidad de participar en este proyecto de investigación que tiene como objetivo estudiar la eficacia del uso de herramientas anti estrés y de desensibilización sistemática como posible herramienta para contribuir en la mejora de su calidad de vida en este tiempo de espera a su tratamiento radioterapéutico.

Antes de que decida participar en este estudio, voy a darle información sobre en qué consiste. Por favor, lea tranquilamente este documento y siéntase libre de realizar todas las preguntas que desee.

NATURALEZA, PROPOSITO Y PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Numerosos estudios han demostrado que aquellas personas que practican técnicas anti estrés de forma rutinaria como relajación profunda, meditación, Mindfulness...manejan mejor el estrés, experimentan menos síntomas indeseados y se recuperan antes y más fácilmente ante una situación estresante.

Nos interesa conocer cuál es el estado de calidad de vida general de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama que están a la espera de su tratamiento con radioterapia.

Es por ello que en este estudio se crearan dos grupos de forma aleatoria desde la consulta de su médico de radioterapia.

Si usted pertenece al primer grupo, se le pedirá que rellene unos test de calidad de vida en la primera consulta con su médico y tras comenzar su tratamiento con radioterapia. Sólo le llevará unos minutos y su información será importante para saber si sería necesario o no contribuir con más terapias de apoyo emocional durante este periodo de espera a su tratamiento.

Al segundo grupo se le ofrecerá una sesión individual de técnicas anti-estrés y se le enseñará como usar los dos audios que recibirá para escuchar diariamente como preparación a su tratamiento con radioterapia. De igual forma se les pedirá que rellene unos test de calidad de vida antes de la intervención y posteriormente una vez iniciado su tratamiento radioterapéutico, así como una hoja diario de las veces que escucha los audios junto con el mismo.

La intervención consiste en una sesión individualizada en donde le enseñaré cómo respirar, relajarse y mantener la postura indicada por su médico para su tratamiento radioterapéutico sintiéndose relajada, tranquila y en control de la

situación. En la misma sesión se le entregará un audio de apoyo para que lo escuche diariamente, de forma que le ayude a reforzar lo aprendido.

PARTICIPACION VOLUNTARIA

Si está de acuerdo en participar en el estudio, le pediré que me dé su consentimiento por escrito (consentimiento informado) y se le entregará una copia del mismo para que lo guarde.

Su participación es totalmente voluntaria, por lo que usted es completamente libre de rechazar colaborar en este estudio, sin que por ello se vea afectada la futura atención médica de la persona que está a su cargo.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, usted consiente expresamente a la inclusión de los datos resultantes de su participación en el estudio en un fichero de datos personales bajo la responsabilidad del Centro.

El acceso a su información personal queda restringido al médico del estudio, y sus colaboradores, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación, quienes estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión y de acuerdo a la legislación vigente.

Por último, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, para la cual deberá dirigirse al Centro donde se ha desarrollado el estudio: Hospital Miguel Servet, servicio de Radioterapia Oncológica.

A usted sólo se le identificará con el número de sujeto. Su nombre o identidad no aparecerá en ningún informe, resultado o publicación relacionada con el estudio. Si en algún momento usted desea obtener información más detallada no dude en ponerse en contacto conmigo.

Dra. Nuria Val Jiménez

Usted recibirá una copia firmada de esta hoja de información para que la guarde.

Yo,.....
(Nombre y apellidos del paciente)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Presto libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

.....
Fecha

.....
Firma del paciente

.....
Fecha

.....
Firma del investigador

Anexo 4. Metodología. Escalas de medición. EADG. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Eadg⁹⁶: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada)
(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
 - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 - ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 - ¿Se ha sentido muy irritable?
 - ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 - ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 - ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
 - ¿Ha estado preocupado por su salud?
 - ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
 - ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
 - ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 - ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 - ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
 - ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 - ¿Se ha sentido usted enlentecido?
 - ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad

HAD²⁷: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

HAD⁵⁷: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca
D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

A	
• Tabla 3.1 Índice de Bienestar Psicológico	
1. En general, ¿qué tal se ha sentido? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)	6. De excelente humor 5. Muy animado 4. Bastante animado 3. He tenido ratos buenos y ratos malos 2. Más bien desanimado 1. Muy desanimado
2. ¿Con qué frecuencia ha tenido molestias a causa de una enfermedad, malestar o dolor (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)	1. Cada día 2. Casi cada día 3. La mitad del tiempo 4. De vez en cuando, pero menos de la mitad del tiempo 5. Rara vez 6. Ninguna vez
3. ¿Se ha sentido deprimido? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)	1. Sí, hasta el punto de querer quitarme la vida 2. Sí, hasta el punto de no importarme nada 3. Sí, muy deprimido casi cada día 4. Sí, bastante deprimido varias veces 5. Sí, un poco deprimido de vez en cuando 6. No, no me he sentido deprimido en absoluto
4. ¿Ha sido capaz de dominar completamente su comportamiento, pensamientos, emociones o sentimientos? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)	6. Sí, totalmente 5. Sí, la mayor parte del tiempo 4. Sí, en general 3. No demasiado bien 2. No, y me preocupa un poco 1. No, y me preocupa mucho
5. ¿Ha sufrido de los nervios? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)	1. Mucho —hasta el punto de no poder trabajar u ocuparme de mis cosas 2. Con mucha frecuencia 3. Bastantes veces 4. A veces —las suficientes para preocuparme 5. Un poco 6. No, en absoluto

• Tabla 3.1

Índice de Bienestar Psicológico (Continuación)

6. ¿Cuánta energía o vitalidad ha tenido o sentido? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. Lleno de energía o vitalidad
 5. Con bastante energía la mayor parte del tiempo
 4. He tenido altibajos
 3. Generalmente, algo bajo de energía
 2. Muy poca energía la mayor parte del tiempo
 1. Sin energía —me sentía abatido, sin fuerza
7. Me he sentido triste y desanimado (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. No, en absoluto
 5. Pocas veces
 4. En algunos momentos
 3. La mayor parte del tiempo
 2. Casi todo el tiempo
 1. Todo el tiempo
8. En términos generales, ¿ha estado en tensión? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Si, extremadamente tenso la mayor parte del tiempo o todo el tiempo
 2. Si, muy tenso la mayor parte del tiempo
 3. Generalmente no, pero me he encontrado bastante tenso algunas veces
 4. Me he sentido algo tenso en algunas ocasiones
 5. He estado generalmente poco tenso
 6. No he estado tenso ni he experimentado ningún tipo de tensión en absoluto
9. ¿Se ha sentido satisfecho y contento con su vida personal? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. Muy contento todo el tiempo —no podría estar más satisfecho
 5. Muy contento la mayor parte del tiempo
 4. En general contento, satisfecho
 3. A veces bastante contento, a veces bastante descontento
 2. En general descontento, insatisfecho
 1. Muy descontento o insatisfecho la mayor parte del tiempo
10. ¿Se ha sentido lo suficientemente bien para hacer las cosas que le gusta hacer o que tenía que hacer? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. Sí, sin duda alguna
 5. La mayor parte del tiempo
 4. Los problemas de salud me han limitado de manera importante
 3. Sólo me he sentido lo suficientemente bien para cuidar de mí mismo
 2. He necesitado alguna ayuda para cuidar de mí mismo
 1. He necesitado que alguien me ayudase en casi todo lo que tenía que hacer

• Tabla 3.1

Índice de Bienestar Psicológico (Continuación)

11. ¿Se ha sentido tan triste y desanimado o tuvo tantos problemas que llegó a pensar si había algo que valiera la pena? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Continuamente —tanto que ya casi me he dado por vencido
 2. Mucho
 3. Bastante
 4. Algo, lo suficiente para preocuparme
 5. Un poco
 6. No, en absoluto
12. Me he levantado fresco y descansado (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Ningún día
 2. Pocos días
 3. Algunos días
 4. Bastantes días
 5. La mayoría de los días
 6. Todos los días
13. ¿Ha estado preocupado o ha temido por su salud? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Muchísimo
 2. Mucho
 3. Bastante
 4. Algo
 5. Casi nada
 6. Nada
14. ¿Ha tenido algún motivo para preguntarse si estaba perdiendo la razón o sobre su manera de actuar, hablar, pensar, sentir o sobre su memoria? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. No, ninguno
 5. Muy pocos
 4. Alguno —pero no los suficientes para preocuparme
 3. Alguno, y estoy un poco preocupado
 2. Alguno, y estoy bastante preocupado
 1. Si, muchos, y estoy muy preocupado
15. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas interesantes (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. En ningún momento
 2. En muy pocas ocasiones
 3. En algunos momentos
 4. En bastantes momentos
 5. La mayor parte del tiempo
 6. Todo el tiempo

Tabla 3.1

Índice de Bienestar Psicológico (Continuación)

16. ¿Se ha sentido activo, con energía o por el contrario apático, sin ganas de nada? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. Muy activo con energía cada día
 5. Generalmente activo, con energía; nunca desganado, apático
 4. Bastante activo, con energía; rara vez desganado y apático
 3. Bastante desganado, apático; rara vez activo, con energía
 2. Generalmente desganado, apático; nunca activo, con energía
 1. Muy desganado, apático cada día
17. ¿Se ha sentido ansioso, preocupado o alterado? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Sí, muchísimo, hasta el punto de estar enfermo o casi enfermo
 2. Mucho
 3. Bastante
 4. Algunas veces, las suficientes para preocuparme
 5. Un poco
 6. No, en absoluto
18. Me he sentido emocionalmente equilibrado y seguro de mí mismo (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. En ningún momento
 2. En muy pocas ocasiones
 3. En algunos momentos
 4. En bastantes momentos
 5. La mayor parte del tiempo
 6. Todo el tiempo
19. ¿Se ha encontrado a gusto, relajado o, por el contrario, nervioso, tenso o irritado? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. Me he encontrado a gusto, relajado, durante toda la semana
 5. Me he encontrado a gusto, relajado la mayor parte del tiempo
 4. Relajado en términos generales, pero algo tenso en ocasiones
 3. Tenso en términos generales, pero bastante relajado en ocasiones
 2. He estado nervioso, tenso e irritado la mayor parte del tiempo
 1. He estado nervioso, tenso e irritado durante toda la semana
20. Me he sentido alegre (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. En ningún momento
 2. En muy pocas ocasiones
 3. En algunos momentos
 4. En bastantes momentos
 5. La mayor parte del tiempo
 6. Todo el tiempo

Tabla 3.1

Índice de Bienestar Psicológico (Continuación)

21. Me he sentido cansado, fatigado, agotado o exhausto (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
6. En ningún momento
 5. En muy pocas ocasiones
 4. En algunos momentos
 3. En bastantes momentos
 2. La mayor parte del tiempo
 1. Todo el tiempo
22. ¿Ha estado o creído estar en tensión o estrés? (DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA)
1. Sí —casi más de lo que podía aguantar
 2. Sí —bastante
 3. Sí, algo —más de lo normal
 4. Sí, algo —lo normal
 5. Sí, un poco
 6. No, en absoluto

Reproducido con permiso de los autores de la adaptación.

Anexo 7: Metodología. Escalas de medición. WOOP-COOP

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han
limitado sus actividades sociales con
familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar
actividades o tareas habituales, tanto dentro
como fuera de casa, a causa de su salud física
o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado
de salud**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud,
en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

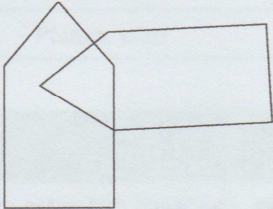
ORIENTACIÓN	Puntos
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (nº) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos?	1
Provincia	1
País	1
Ciudad o pueblo	1
Lugar, centro	1
Planta, piso	1

FIJACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
<p>Copie este dibujo.</p> 	

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en \leq de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

Por favor, puntúe estas afirmaciones según corresponda.

- Estoy satisfecho de haber participado en este estudio.
- Recomendaría este proyecto a otra paciente en mi misma situación

5	4	3	2	1
Total acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

ANEXO. INTERVENCIÓN

Explicación y transcripción de la terapia usada en este proyecto de investigación.
Se divide en diferentes partes que se analizan posteriormente.

Resumen de la terapia de técnicas anti-estrés :

- Sesión presencial e individualizada.

Duración: una hora.

- Bienvenida y gracias.

Entrevista inicial: Establecer “rapport”, sintonía.

“Response set”. Crear expectativas positivas y de cambio.

- Consentimiento informado.

Recoger datos demográficos y test pre-intervención.

- Explicación de los consejos pre-sesión.

Entrega de hoja explicativa y del audio de refuerzo (Segunda parte)

- Acompañamiento a la camilla o al sillón de relajación.

Buscar la postura.

Disipar falsos miedos, mitos y dudas.

- Técnicas de Mindfulness. Inducción permisiva.

Espacio de la respiración de tres minutos y escáner corporal

- Profundización. (Auto hipnosis)
- Terapia: anclaje (PNL) y sugestión post hipnótica (Hipnosis Clínica)
- Reorientación al futuro. Visualización guiada.
- Reorientación al presente.
- Despedida.

Recibimos a la paciente en la puerta, la saludamos y nos presentamos. Le damos las gracias por su tiempo y por colaborar con nuestro proyecto de investigación.

Le damos **la bienvenida** a la sesión y le invitamos a sentarse en la mesa, aprovechamos el momento para preguntarle con delicadeza cómo le llaman sus amigos y familiares y si nos da permiso para que le llamemos con ese mismo nombre durante la sesión y a tutearla. Este detalle es importante porque nuestra intención es establecer una comunicación profunda con la paciente a nivel consciente y subconsciente.

Iniciamos **la entrevista clínica** preguntándole por su estado emocional, su situación clínica y si tiene práctica en relajarse o sabe cómo hacerlo y si es así, qué es lo que hace para relajarse. Durante este momento realizamos una escucha activa de la paciente, no sólo del lenguaje verbal sino también del lenguaje no verbal: postura, respiración, acceso de los ojos...Todo ello nos ayuda a recoger información valiosa sobre qué sistema representacional es el más activo en la paciente ya sea el visual, el auditivo, el kinestésico, de forma que podamos moldear nuestro lenguaje y acceder a sus "metamodelos" de programación con mayor facilidad, aumentando la sintonía entre nosotros y la paciente. Así de una forma sutil y respetuosa adaptamos nuestro lenguaje verbal y no verbal al suyo, para aumentar nuestro **"rapport"** y sintonía con la paciente así como para comenzar a guiarle ("leading" en PNL) a un estado de calma y relajación, que es el objetivo de nuestra sesión. Por ejemplo, nos centramos en un ejemplo específico de relajación que nos halla dado con anterioridad y focalizamos toda su atención en ese estado óptimo de calma utilizando su mismo sistema representacional, lo que veía, lo que oía, lo que sentía...sugiriendo la idea de que a partir de hoy y gracias a esta sesión de anclaje, va a ser capaz de llevar este estado emocional óptimo a otros lugares y situaciones cuando lo desee de forma inmediata y automática. Este nuevo recurso va a aumentar su sensación de control y confianza sobre si mismo, al saber que puede ser posible aprender como programar la forma en la que reaccionar a cualquier demanda de su día a día.

En este momento le explicamos en qué consiste el proyecto y el porqué creemos que puede ayudarle, reforzamos esta idea con la ayuda de lo que en Hipnosis Clínica llamamos “**a response set**” ⁽⁶⁶⁾ que consiste en una lista de sugerencias llamadas truismos porque son afirmaciones tan obvias que la paciente tiende a aceptarlas sin reservas. Al final de la serie de truismos intercalamos la sugerencia o sugerencias que deseamos que sean aceptadas a todos los niveles, consciente y subconscientemente, para evitar en lo posible la resistencia, ya que con cada sí a cada afirmación anterior, aumentamos la posibilidad de conseguir otro sí a la frase siguiente.

Por ejemplo:

“Hay estudios que dicen que una gran mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama presentan síntomas de ansiedad o depresión en algún momento de su diagnóstico o tratamiento.”

“Es completamente natural alejarnos, negar o huir de los sentimientos negativos de ansiedad o depresión”

“Estas técnicas nos enseñan cómo es mejor pasar menos tiempo negando o huyendo de estos sentimientos y más tiempo estando con ellos, aceptándolos sin reservas ni juicios.”

“Aprendiendo a tomarte un tiempo en el que simplemente estés aquí y ahora puede ayudarte a aumentar tu conciencia de lo que realmente experimentas ahora”

“Ser más consciente de lo que sientes justo ahora en este momento puede permitirte sentirte conectado con algo más grande, con recursos innatos que desconocías o que sencillamente habías olvidado”

“Muchas personas encuentran estos ejercicios anti-estrés muy útiles y hay evidencia de qué mejoran el estado de salud”

“Al aprender hoy aquí conmigo estas técnicas anti estrés vas a aprender cómo centrar tu atención, anclar el estado óptimo emocional de calma, relajación y control, acceder al uso de todas tus habilidades y de tu imaginación, y trasladar estos recursos a otros momentos en los que precises un extra de calma, relajación y control.”

El objetivo primordial con este set de respuestas es crear una expectativa y respuesta positiva a la sesión a todos los niveles, conscientes y subconscientes.

Posteriormente, se le pide que firme el **consentimiento informado** (ver anexo 3), dándole tiempo para que nos pregunte cualquier duda que pueda tener respecto a la sesión y al proyecto.

Finalizamos rellenando la hoja de los **datos demográficos** (ver anexos 1 y 2) y **los test pre- intervención** (ver anexos 4,5,6,7).

Le entregamos una **hoja explicativa escrita** (ver anexo 2) con los consejos a tener en cuenta antes de comenzar la sesión en su casa y le entregamos **el audio para casa** (ver anexo 9 y 10). Reforzamos la idea de que como con cualquier ejercicio cuanto más escuche este audio, idealmente una vez al día durante las próximas tres o cuatro semanas, mejor y más rápidamente accederá a ese estado emocional óptimo de calma, relajación y control.

Antes de invitarla a pasar a la camilla, nos aseguramos de que la paciente no tiene que ir al baño, que no tiene frío, que no le molesta ninguna prenda, que no lleva ni chicles ni caramelos en la boca, que se ha quitado las gafas etc.

A continuación la acompañamos hasta la camilla donde le pedimos que se acomode, buscando **la postura** más cómoda que pueda mantener fácilmente durante la próxima media hora, preferiblemente boca arriba y sin cruzar las piernas ni los brazos.

Nosotros nos colocaremos a la cabecera de la paciente, teniendo la precaución de elegir el lado por el que el paciente escucha mejor.

Es recomendable tener diferentes almohadas y alguna manta disponible por si fuera necesario, ya que es habitual que la paciente sienta frío conforme va relajándose.

Continuamos disipamos cualquier **duda o miedo** de último momento antes de iniciar la intervención.

Le invitamos a cerrar los ojos y a dejarse ir acompañado de nuestra voz que le va a

servir de guía y escudo protector imaginario a un estado muy agradable de conciencia especial en el que estará totalmente alerta, completamente en control pero muy relajada. La tranquilizamos explicándole que no es preciso hacer nada en especial, que no hay manera de hacerlo bien ni de hacerlo mal, sólo de dejarse ir, aceptando la experiencia sin emitir juicios ni valores tal y como se presente.

A continuación procedemos a **una desensibilización** de cualquier ruido externo presente o que intuyamos que puede suceder durante nuestra sesión, reutilizándolo si fuese preciso en nuestro propio beneficio.

Además le animamos a utilizar cualquier ruido como un foco de atención donde concentrarse sin intentar suprimirlo o reaccionar ante él, permitiendo que ocupe su espacio mental sin emprender acciones o interpretaciones ante el mismo, aceptándolo meramente como un evento externo, cotidiano, sobre el cual no es necesario reaccionar.

“Busca una postura cómoda para ti, y ahora lo único realmente importante es escuchar mi voz que te ayuda a relajarte y a profundizar cada vez más mientras te das permiso para cerrar los ojos.”

“Y quiero que sepas que puedes darte cuenta de todo lo que sucede a tu alrededor, de los sonidos de dentro de esta habitación como...y de los sonidos de fuera de esta habitación como...e incluso puede ser que durante esta sesión escuches voces, el ruido del teléfono o el de las puertas, pues bien, quiero que sepas que estos sonidos no tienen importancia, son tan sólo ruidos cotidianos que no requieren de tu acción, es más puedes, escucharlos, aceptarlos, dejarlos ir, e incluso es muy probable que te ayuden a profundizar aún más en este estado especial de conciencia. Y si en algún momento necesitas estar completamente alerta será suficiente con abrir los ojos, pero por ahora puedes dejarte ir, viajar, contactar con tu interior, e imaginar que echas un telón al mundo exterior.”

Resumiendo, **la introducción** es una parte de la sesión muy importante para preparar a la paciente, educándolo sobre el proceso experimental, ayudándole a construir expectativas positivas y haciéndola sentir segura y participe de la sesión.

A continuación realizamos una **inducción permisiva**, para lo que utilizamos dos técnicas adaptadas del Mindfulness conocidas como **Espacio de Respiración de 3**

minutos (ER3M) y Escáner Corporal.

En el libro de Trish Bartle (Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer) explica como el espacio de Respiración de 3 minutos (ER3M)⁽²²⁾ es una práctica básica, que nos proporciona todos los pasos fundamentales del programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) en una secuencia que sintetiza en sólo tres minutos, la esencia, la aproximación y la práctica.

Podemos resumir el “Espacio de Respiración de 3 minutos” en tres partes importantes: La primera es advertir, darse cuenta, ¿Qué me está ocurriendo en este momento?, atender lo que hay en el cuerpo, en la mente y en las cosas que te rodean. La segunda parte es recoger esa conciencia y llevar la atención a la respiración abdominal, experimentando las sensaciones que le acompañan. El tercer paso es expandir esta respiración a todo tu cuerpo.

“Toma conciencia de tu cuerpo, de su peso, del espacio que ocupa, siente la temperatura del aire a tu alrededor y date cuenta de tu cuerpo, que es cada vez mas pesado y pesado, o quizás cada vez mas ligero y ligero, y da igual porque lo realmente importante es lo que estás ahora experimentando y sea lo que sea está bien para ti.”

“Y ahora que tomas conciencia de todo lo que ocurre a tu alrededor y de todo lo que ocurre en tu interior, lleva tu atención a tu respiración, dentro y fuera, y te das permiso para apoyar tus manos en tu abdomen y sentir el peso de tus manos sobre tu abdomen, su espacio, su temperatura y date cuenta cómo suben cada vez que tomas aire y cómo bajan suavemente cada vez que sueltas el aire, despacio, arriba y abajo, muy bien, arriba y abajo, y ¿no es curioso darse cuenta como cada vez que tomas aire envías esta sensación de calma, de relajación, de control desde tu cabeza a los músculos de tus ojos y desde allí a todo tu cuerpo fuera y dentro, perfecto, extendiendo esta calma esta relajación suavemente con cada respiración. Muy bien”

Posteriormente vamos sugerir la idea mediante sugerencias positivas y permisivas de que podemos observar lo que hay en nuestro interior, aceptar su contenido e imaginar que abrimos una ventana donde podemos dejar fluir dentro y fuera de nosotros según necesidad, de una forma amable y permisiva, sin juicios ni presiones.

Fíjate en el uso de la sugestión negativa en el siguiente párrafo y qué respuesta

desencadena. Al pedir a la paciente que sonría modificamos su estado físico y producimos una reacción bioquímica y emocional sutil en la paciente, un cambio.

“Y lleva ahora tu atención a un punto entre tus dos cejas, e imagina allí una ventana, y yo sé muy bien que tu sabes para que son las ventanas para dejar entrar el aire puro, la luz del sol, la calma, pero ¿no son también útiles para soltar, dejar ir, cualquier cosa que ya no quieres mantener en tu interior? Dejar ir, ventilar cada vez que sueltas el aire...”

“Sonríes ahora que sabes que tienes una ventana en tu interior por donde llenarte de calma, relajación y control, acogiendo nuevas formas de pensar, de sentir y de actuar, que son útiles para ti.”

“Y ahora que sabes que tienes esa ventana y puedes usarla para dejar ir cualquier síntoma indeseado externo o interno, cualquier tensión, preocupación o miedo cada vez que sueltas el aire.”

“Y me gustaría que supieses que en este estado especial de tu mente, podrías darte cuenta de ellos de una forma simbólica, a través de colores, de formas, de olores, nombrarlos de la forma que sea más adecuada para ti, aceptarlos sin juzgarlos y cada vez que sueltes el aire dejarlos ir. Muy bien.”

De igual forma en el mismo libro de Trish Bartle⁽²²⁾, “Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el cáncer”, nos explica la técnica del “Escáner Corporal”, debemos tener en cuenta que las pacientes con cáncer por regla general suelen evitar prestar atención a las partes afectadas de su cuerpo, prefiriendo desconectarse de ellas u observándolas con ansiedad. Los pacientes suelen concentrarse más en hacer que las sensaciones que están presentes desaparezcan que en ser conscientes de ellas, por lo que es importante dirigir este recorrido al pasar por esas zonas con sensibilidad y amabilidad.

La técnica de “Escáner Corporal” nos enseña a mover intencionalmente la atención por todo el cuerpo, es una invitación a encontrar el modo de restablecer el contacto con el cuerpo, independientemente de lo que aparezca sea agradable o desagradable⁽²²⁾. Nos ayuda a integrar la experiencia.

Durante **la profundización** de la sesión utilizaremos una combinación de auto-hipnosis, con una cuenta descendente del 5 al 1 asociada a la técnica de “Escáner Corporal”, invitando en todo momento a la paciente a concentrarse en el cuerpo y a tomar conciencia de estas sensaciones corporales, de su textura, de su temperatura, de su consistencia, de su posición, de sus emociones, de sus pensamientos etc.

“En unos segundos me vas a oír contar despacio del 5 al 1 y con cada número que cuente entre el 5 y el 1 te das permiso para ir relajándote cada vez más con cada número, de forma que cada vez que cuente un número sueltas el aire sintiéndote más y más relajada, y cuando lleguemos al número 1 es muy probable que te halles en un lugar maravilloso, tuyo, interior, mágico especial de relajación profunda donde puedes disfrutar de toda la calma, toda la relajación y todo el control que necesitas.”

“Y cuanto más practiques este ejercicio más fuertemente se asociaran estos números a esta sensación maravillosa de calma, de relajación profunda y de control. Así que escucha ahora atentamente cada número, que te relaja un poco más con cada número, sabiendo que a partir de ahora, en cualquier momento o lugar que necesites un extra de calma, de relajación y de control, lo único que tienes que hacer es contar para ti mismo del 5 al 1 y experimentar la misma sensación de calma, de relajación y de control que aquí conmigo en esta habitación. Calma en tu cuerpo, paz en tu mente, y mientras cuento próximamente del 5 al 1 puede ser que tu mente vuele, viaje de forma segura a un lugar maravilloso, ese lugar maravilloso de calma, relajación y control. Muy bien”

“5, siente una onda de relajación descender desde tu cabeza a tu cara, resbalando por detrás de los músculos de detrás de tus ojos, y desde allí a tu boca y a tus mandíbulas y a tu cuello...muy bien. Tu cabeza, tu frente, tus mejillas, tu boca, tu cuello más y más relajados. 4, y desde allí puedes imaginar que esta onda de relajación colorea de un color muy relajante para ti cada una de las zonas por las que pasa, y puedes verla ahora descender hacia tus hombros, a tus brazos y a tus manos. Tu cuello, tus hombros, tus brazos, tus manos más y más relajados. 3, y esta relajación desciende a tu pecho. 2, y esta onda de relajación, de un color sedante desciende desde tu pecho a tu abdomen, y hay quien puede incluso oírla vibrar, susurrar palabras calmantes de relajación de ánimo y confianza, llevando esta información poderosa a cada una de

las células de tu cuerpo. Tu pecho, tu abdomen, dentro y fuera, más y más relajados. 1, y esta onda de relajación vibrante, de un color sedante, resbala y desciende por tus caderas, por tus piernas, por tus pies, envolviendo todo tu cuerpo, ampliando las sensaciones, las emociones, los pensamientos, acogiénolos, acunánolos, aceptánolos, como un mar de calma...fuera y dentro, fuera y dentro...Tu abdomen, tus caderas, tus piernas y tus pies, más y más relajados, más y más relajados. Muy bien."

En la tercera parte de la sesión vamos a realizar **el anclaje** de ese estado óptimo creado y buscado de calma, relajación y control.

Para ello el primer paso será asegurarnos de que la paciente se encuentra en ese estado óptimo que queremos anclar, por lo que le preguntaremos, si es así y si es así que nos haga una señal afirmativa con la cabeza.

Si no es así o no estamos seguros, nos saltaremos esta parte.

"Y si estás sintiendo ahora aquí conmigo esta calma, esta relajación, esta sensación maravillosa de control házmelo saber moviendo suavemente la cabeza. Muy bien."

En el caso de que no obtengamos respuesta, repetiremos el párrafo anterior dos veces más.

Si no obtenemos respuestas, pasaremos al siguiente párrafo.

"Me gustaría que ahora que estás sintiendo esta calma, esta relajación y este control en tu interior, te des cuenta de lo bien que le sienta a tu cuerpo y a tu mente estas sensaciones maravillosas que tú mismo has creado en apenas unos minutos, ahora es el momento de amplificar esta sensación de calma, de relajación y de control y darte cuenta en lo bien que te sientes, y cómo es sentirse así, sonreír al saber que tienes en tu interior esta herramienta."

"Y ahora vamos a anclar esta sensación de calma, de relajación y de control con una leve presión de tus dedos de tu mano derecha, de forma que a partir de ahora y cada vez que necesites un extra de calma, de relajación, de control, lo único que tendrás que hacer es respirar profundamente y cuando sueltes el aire despacio, unir los dos primeros dedos de tu mano derecha, muy bien."

“Y quiero que sepas que a partir de ahora, cada vez que necesite de estas sensaciones maravillosas lo único que tienes que hacer es respirar profundamente y presionar suavemente los dos primeros dedos de tu mano derecha, de forma que puedas disfrutar de esta repuesta de forma automática. Muy bien, ahora a tu ritmo respira y ancla esta respuesta, tres veces, perfecto.”

“Y me gustaría que supieses que cada vez que realices este ejercicio por ti misma, cada vez que escuches mi audio durante las próximas semanas, o incluso sin necesidad de ser guiado por mi voz, esta respuesta automática y natural de tu cuerpo de calma, relajación y control se hace cada vez más fuerte, integrándose dentro de ti, de tu cuerpo, de tu mente y de cada una de tus células.”

Posteriormente y para finalizar la tercera parte de nuestra terapia, reforzamos el anclaje, con una **sugestión post hipnótica** que nos va a servir para enseñar a nuestro paciente **auto hipnosis**.

En PNL un anclaje es cualquier método que da acceso a un estado emocional concreto. El anclaje por tanto también es un medio para garantizar el acceso constante a nuestros mejores recursos, teniendo en cuenta que a través de ellos podemos obtener lo que necesitamos en cada momento de nuestra vida.

En hipnosis Clínica una sugestión post hipnótica sirve para reforzar el anclaje utilizado, el objetivo es que lo aprendido en un estado de conciencia lo pueda trasladar a otro estado, muchas veces incluso de forma inconsciente, por lo que no es inusual la amnesia de la sugestión post hipnótica, de forma que el proceso parezca que ocurra de forma completamente natural. Por ejemplo, **“cuando te encuentres en tu sala, preparada para recibir tu tratamiento, puedes realizar tres respiraciones profundas unir los dos primeros dedos de tu mano derecha y sentir esta ola de calma, de relajación y de control en tu cuerpo y en tu mente”**.

Date cuenta como las sugerencias post hipnóticas se repiten al menos dos veces.

“Y recuerda, lo único que tienes que hacer es buscar un lugar tranquilo y seguro, sentarte o echarte, cerrar los ojos, relajar muy bien tu mandíbula y contar despacio del 5 al 1 y cada vez que cuentes un número sueltas el aire, sintiendo, viendo, oyendo

resbalar, pasear por todo tu cuerpo y tu mente esta onda maravillosa de calma, de relajación y de control, dejándote ir, viajando a ese espacio tuyo, interno de calma, bienestar y control. Y recuerda, lo único que tienes que hacer es buscar un lugar tranquilo y seguro, sentarte o echarte, cerrar los ojos, relajar muy bien tu mandíbula y contar despacio del 5 al 1 y cada vez que cuentas un numero sueltas el aire, sintiendo, viendo, oyendo resbalar, pasear por todo tu cuerpo y tu mente esta onda maravillosa de calma, de relajación y de control, dejándote ir, viajando a ese espacio tuyo, interno de calma, bienestar y control. Muy bien”

“Así que ahora me gustaría que por ti misma, contases del 5 al 1 relajando cada vez más la mandíbula y cuando termines, hagas una respiración profunda y ancles esta sensación maravilloso de calma, de relajación y de control uniendo los dos primeros dedos de tu mano derecha. Perfecto.”

Continuaremos la sesión realizando una **reorientación al futuro**. En el caso de nuestro proyecto de investigación, el objetivo es orientar al paciente especialmente al momento de su tratamiento, para que pueda entrenar su mente y su cuerpo y visualizarse en ese momento experimentando ahora en su interior, esas sensaciones maravillosas de calma, relajación y control.

Con esta técnica podemos ayudar a desensibilizar cualquier desencadenante estresante que consciente o subconscientemente la paciente relacione con ese escenario, cambiando su experiencia y como hemos dicho antes y numerosos estudios parecen sugerir, iniciando el cambio físico del cerebro, gracias a la neuroplasticidad del mismo.

En resumen, le guiaremos para visualizar de forma asociada y disociada el momento de su tratamiento, anclando al máximo las sensaciones de calma, relajación y control.

“Me gustaría que imaginases que estás sentado delante de una pantalla de televisión, enciendes la pantalla y puedes ver en ella proyectada una película muy especial para ti, es el día de tu tratamiento, tal como deseas estar, en calma, relajado y con una gran sensación de control interno, sabiendo que tu cuerpo puede estar allí seguro y en calma recibiendo tu tratamiento mientras tu mente puede viajar a un lugar maravilloso de

calma, relajación y control desde donde incluso puedes sobrevolar tu cuerpo, rodeados del amor y de la compañía de los que más te quieren , y desde allí envías amor y energía como si fuesen por ejemplo rayos de luz, eligiendo el color relajante, su potencia a las zonas del cuerpo que necesitan más de tu ayuda, y hay quién incluso pueden verlo cambiar, transformarse, repararse de forma segura y permanente. Y puedes ver como ocurre ahora mismo dentro de esa pantalla. E incluso si lo deseas puedes flotar hacia el interior de esa película, dentro de la pantalla y sabes que lo único que tienes que hacer es contar del 5 al 1 y flotar al interior de ti misma, maravilloso sentir ahora como recibes tu tratamiento sintiéndote en calma, relajada y en control. Maravilloso”

Para finalizar la sesión realizaremos una **reorientación al presente**. En este momento también enviamos a la paciente sugerencias directas de calma, relajación y control.

La teoría en Hipnosis Clínica nos enseña que justo antes de avisar a la paciente de que la sesión está a punto de finalizar, la paciente profundiza un poco más en su estado hipnótico, por lo que es un buen momento para repetir la sugestión post hipnótica o sugerencias directas de confianza y calma.

Cuando reorientemos a la paciente al presente, es muy importante liberarle de cualquier sensación de pesadez en su cuerpo, indicándole que al despertar se sentirá muy bien, como hacía tiempo que no se sentía.

“Y ahora voy a despertarte, pero antes me gustaría que supieses que como resultado de esta sesión, te sientes mucho mas fuerte, mas tranquila y con mucho mayor control, sabes que eres capaz de tratar con cualquier situación que se presente en tu día a día, lleno de esta energía , ahora que sabes que posees recursos maravillosos a los cuales puedes acceder de forma automática en cualquier lugar, en cualquier momento. Y te sientes orgullosa de ti mismo y sabes que en el futuro cuando vuelvas la mirada hacia atrás, y lo harás, sabrás que eres mucho más fuerte, física, mental y emocionalmente.”

“Y ahora voy a despertarte, me vas a oír contar del 1 al 5 y con cada número, todas las sensaciones vuelven a la normalidad, y te vas a sentir muy bien, en calma, relajación y con una fuerte sensación de control y confianza en tus propios recursos y

estas sensaciones maravillosas se hacen más fuertes cada día, cada vez más."

En **la despedida** de la paciente, escuchamos a la paciente si quiere compartir alguna vivencia con nosotros, sino de una forma permisiva le invitamos a contactar con nosotros si tienen cualquier pregunta o duda sobre la sesión o el audio de refuerzo.

Le recordamos que en casa pueden repetir el mismo anclaje utilizado durante la sesión pero sólo si se encuentran totalmente inmersos, experimentando ese estado de calma, relajación y control. De no hacerlo así el anclaje podría confundirse y perder su potencia y eficacia.

Nota: Si nuestro paciente es un hombre es muy importante utilizar el género masculino y para ambos sexos, intercalar su nombre durante la sesión para enfatizar la sugestión.

Las transcripciones de la intervención y de los audios están en femenino ya que todas las pacientes del estudio fueron mujeres.

Bienvenida a este audio, donde voy a enseñarte como puedes aprender por ti misma de una forma sencilla a respirar profundamente y a relajarte.

Se que si estas escuchando mi voz ahora es por una razón muy especial para ti. Ya que muy pronto vas a recibir tratamiento. Puede ser que sea antes de tu operación para disminuir el tumor o quizás vayas a recibir tu tratamiento tras la cirugía, o incluso puede ser que este tratamiento sea lo único que necesitas.

Sea como sea, puedes aprovechar este tiempo para prepararte. Usar este estado especial de conciencia para crear un espacio interior de calma, control y bienestar.

Para algunas personas este ejercicio es Mindfulness, para otros una relajación profunda o auto hipnosis y realmente no importa cómo prefieras llamarlo, lo único que me gustaría que recordases es que en este estado especial de conciencia puedes ver las cosas desde otra perspectiva. Porque tú sabes muy bien por experiencia, que una actitud mental adecuada puede realizar profundos cambios en cómo percibimos sensaciones de cualquier tipo.

En este audio, voy a enseñarte a respirar profundamente y a relajarte, a imaginar en tu interior un espacio único para ti, tu propio espacio interior de relax, control y bienestar. Allí donde acudir siempre que lo necesites para descansar. Sabiendo que tu mente puede disfrutar de este espacio, donde el tiempo lo marcas tú, alargándolo o acortándolo según necesidad. Y mientras tu cuerpo relajado y seguro recibe su tratamiento de una forma efectiva y agradable.

De forma que puedas acceder a estas sensaciones maravillosas de calma, de control y de bienestar de forma inmediata siempre que lo desees.

Puedes escuchar este audio por las noches antes de dormir, o en cualquier otro momento que lo desees siempre que estés en un lugar tranquilo y seguro. Sería conveniente escucharlo a diario, porque cuanto más practiques mas rápidamente y de forma más automática obtendrás esta respuesta interna de calma, control y bienestar interior.

Es importante que no lo escuches conduciendo ni realizando actividades

peligrosas ya que podría tener un efecto relajante importante.

Y ahora puedes dar la bienvenida a tu amiga Quimio o Radio o a ambas. Pronto vienen a ayudarte a afrontar tu tratamiento de la forma más apropiada para ti, a acompañarte y a ofrecerte apoyo y ayuda en tu recuperación, acelerándola. Deja que realicen su trabajo de la forma más eficaz, rápida y cómoda para ti. Mientras tú disfrutas de tu día a día, ahora que sabes cómo tu cuerpo puede estar relajado y seguro, recibiendo su tratamiento mientras tu sonríes disfrutando de tu espacio interior de calma, control y bienestar. Ahora que sabes que cada día tu mente es mas positiva y está llena de recursos maravillosos, recursos que están en tu interior, dispuestos a ayudarte.

Bienvenida de nuevo a este audio donde vas a aprender a relajarte profundamente por ti misma.

Buscar una postura cómoda para ti, y ahora lo único realmente importante es escuchar mi voz que te ayuda a relajarte y a profundizar cada vez más, mientras te das permiso para cerrar los ojos.

Sabes que esta relajación profunda no es dormir, puedes darte cuenta de todo lo que sucede a tu alrededor y si en algún momento necesitas estar completamente alerta será suficiente con abrir los ojos, pero por ahora puedes dejarte ir, viajar, contactar con tu interior, e imaginar que echas un telón al mundo exterior.

Relaja primero cada uno de los pequeños músculos y nervios que enervan tus pestañas, como si los fueses apagando, uno a uno, despacio y después, los músculos de detrás de tus ojos, tan relajados, como si estuviesen dormidos, descansados y relajados.

Y ahora lleva tu atención a tu respiración, dentro y fuera, y si apoyas tus manos en tu abdomen puedes sentir cómo tu abdomen sube cada vez que tomas aire y cómo baja suavemente cada vez que sueltas el aire. Muy bien, despacio, arriba y abajo, arriba y abajo. Y ¿no es curioso darse cuenta cómo cada vez que tomas el aire envías esta sensación de relajación desde tus ojos a tu boca, y desde allí a tus mandíbulas?. Perfecto, extendiendo esta calma, este confort, suavemente con cada respiración.

Muy bien.

Y lleva ahora tu atención a un punto entre tus dos cejas. Imagina allí una ventana. Y yo sé muy bien que tú sabes para qué son las ventanas, para dejar entrar el aire puro, la luz del sol, la calma, pero ¿no son también útiles para soltar, dejar ir, cualquier cosa que ya no quieres mantener en tu interior? Dejar ir, ventilar, date permiso cada vez que sueltas el aire.

Sonríes, ahora que sabes que tienes una ventana interior por donde llenarte de calma, y bienestar. Y acoges en tu interior nuevas formas de pensar, de sentir y de actuar, útiles para ti.

Y ahora que sabes que tienes esta ventana, puedes usar esta ventana para dejar ir cualquier síntoma indeseado externo o interno, cualquier tensión, preocupación, miedo, dejar ir, cada vez que sueltas el aire.

Y me gustaría que supieses que en este estado especial de tu mente, podrías darte cuenta de ellos de una forma simbólica, quién sabe, a través de colores, de formas, de olores, nombrarlos de la forma que sea más adecuada para ti, y cada vez que sueltes el aire puedes aceptarlos, dejarlos ir.

Muy bien.

Ahora toma conciencia de tu cuerpo, de su peso, del espacio que ocupa, siente la temperatura del aire a tu alrededor y date cuenta de tu cuerpo, puede ser que sea cada vez más pesado y pesado, o quizás cada vez más ligero y ligero, y da igual qué sea lo que experimentes aquí y ahora, lo realmente importante es lo que estás ahora experimentando, sea lo que sea o la ausencia de ello, y está bien para ti.

En unos segundos me vas a oír contar despacio del 5 al 1 y con cada número que cuente entre el 5 y el 1, te das permiso para ir relajándote cada vez más con cada número, de forma que cada vez que cuente un número sueltas el aire sintiéndote más y más relajada, y cuando lleguemos al número 1 es muy probable que te halles en un lugar maravilloso, tuyo, interior, mágico especial de relajación profunda donde puedes disfrutar de toda la calma, de todo el control y bienestar que necesitas.

Y cuanto más practiques este ejercicio, más fuertemente se asocian estos números

a esta sensación maravillosa de calma, de relajación profunda. Así que escucha ahora y relájate con cada número, sabiendo que si en cualquier momento o en cualquier lugar necesitas un extra de calma, lo único que tienes que hacer es contar para ti del 5 al 1 incluso sin necesidad de mi voz, y experimentar la misma sensación de calma en tu cuerpo, de paz en tu mente, y mientras cuento puede ser que tu mente vuele y viaje de forma segura a ese lugar maravilloso.

Ahora, 5, siente esta onda de relajación descender desde tu cabeza a tu cara, y a los músculos de detrás de tus ojos, y de allí a tu boca, a tus mandíbulas, a tu cuello...muy bien.

Algunas personas, 4, imaginan que pasean por su cuerpo, desatando nudos, tensiones, liberando energía reparadora.

Y esta relajación, 3, descende por tu pecho y hay quien puede imaginar en el interior de su pecho, abrirse un cielo azul, sobre un lago en calma, y puedes dejar pasar las nubes, dejar pasar la corriente, estar con ellas, escucharlas, acogerlas y abrirse a un cielo azul sobre un lago en calma.

Y esta relajación, 2, descende desde tu pecho a tu abdomen y date cuenta ahora desde el mismo centro de tu cuerpo, hay quién puede sentir fluir desde allí, un manantial de energía reparadora, que vibra y brilla en su interior.

Y es maravilloso saber que puedes dirigir desde este manantial de energía, los haces de luz reparadores hacia esas zonas de tu cuerpo que más necesitan de su ayuda.

Y puedes usar esta energía para liberar cualquier sensación, no deseada ya sea interna o externa, incluso puedes moverlas suavemente con tu respiración, fuera de tu cuerpo, de forma que ya ni siquiera las notes. Y cada vez que utilizas este recurso interno de luz, eres cada vez mejor, incluso sin mi voz, porque este poder esta en tu mente, está dentro de ti.

Y esta onda de relajación, 1, descende por tus caderas, por tus piernas, por tus pies, a todo tu cuerpo, Tu cuerpo completamente relajado, siente esta calma dentro de ti.

Y déjate ir, llena de curiosidad por descubrir nuevas posibilidades, de aprender nuevas técnicas de fusión cuerpo mente. Viajar, y disfrutar de toda esta calma, de todo este control y bienestar.

Y si aún no puedes verlo, seguro que puedes imaginar lo que es sentirse así.

Y quiero que sepas que a partir de ahora, cada vez que necesite de esta calma, podrás obtener esta repuesta de forma automática, lo único que tendrás que hacer es buscar un lugar tranquilo, sentarte o echarte, cerrar los ojos, relajar tu mandíbula y contar despacio del 5 al 1 y cada vez que cuentas un número sueltas el aire dejándote ir a este espacio interno, tuyo, de calma control y bienestar.

Porque desde este lugar y desde este estado ampliado de conciencia puedes encontrar una habitación desde donde controlar de forma segura y apropiada para ti el tiempo, acortándolo o alargándolo a tu deseo, según necesidad. Cambiar , minimizar, mover, alejar, cualquier síntoma indeseado, reparar y llenarte de energía. Disfrutar de la calma, del placer de sentir tu cuerpo relajado.

Algunas personas se imaginan que sobrevuelan su cuerpo, rodeados del amor y de la compañía de los que más les quieren , y desde allí envían amor y energía como si fuesen rayos de luz, eligiendo el color, su potencia a las zonas del cuerpo que necesitan más de su ayuda. Y hay otros que incluso pueden verlo cambiar, transformarse, repararse de forma segura.

Muy bien.

Disfruta por unos momentos de este espacio de calma, control y bienestar, disfruta de todas estas imágenes, olores, palabras, sensaciones de calma y confort. Llénate de ellas, llévalas contigo para usarlas en otro momento, en otro lugar en las que puedas necesitarlas más.

Muy bien.

Y me gustaría que imaginases que puedes encender una pantalla de televisión en frente de ti, y verte el día de tu tratamiento, tal como deseas estar, tranquila, en calma, sonriendo, sabiendo que tu cuerpo puede estar allí seguro y en calma mientras tu mente puede viajar a un lugar maravilloso de calma control y bienestar desde donde sobrevolar tu cuerpo y enviarle todo el amor, energía y ayuda.

Y sabes que lo único que tienes que hacer es contar del 5 al 1 y dejarte ir, volar, viajar.

Maravilloso.

Y ahora te sientes mucho más fuerte, mas tranquila y con mayor control. Sabes que eres capaz de tratar con cualquier situación de tu día a día, llena de esta energía. Ahora que sabes que posees recursos maravillosos en tu interior, a los cuales puedes acceder de forma automática en cualquier lugar, en cualquier momento. Y te sientes orgullosa de ti misma y sabes que en el futuro cuando vuelvas la mirada hacia atrás, que lo harás, sabrás que eres mucho más fuerte, física, mental y emocionalmente.

Y ahora si vas a dormir, puedes cerrar los ojos hasta el día siguiente, dejando a tu cuerpo descansar y repararse con cada respiración y cuando sea apropiado para ti y llegue el momento de despertar, abrirás los ojos, sonriendo dispuesta a disfrutar de un nuevo día, llena de energía, de fuerza, de calma. Ahora que confías en ti, y que tu cuerpo y tu mente trabajan juntos de una forma armoniosa en tu recuperación.

Y si lo que quieres es despertar, puedes contar a tu ritmo del 1 al 5 y con cada número todas las sensaciones vuelven a la normalidad y te sientes muy bien, dispuesta a disfrutar de tu día, sonriendo.

Y cuando estás preparada, abre los ojos.

